

Ett eller to?

Helsestasjoners arbeid med tospråklige familier til barn med mulige språkvansker. En kvantitativ undersøkelse av nåværende praksis.

Maria Finsaas



Masteroppgave i spesialpedagogikk
Institutt for spesialpedagogikk

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2013

Ett eller to?

**Helsestasjoners arbeid med tospråklige familier til barn
med mulige språkvansker.**

En kvantitativ undersøkelse av nåværende praksis

© Maria Finsaas

2013

Ett eller to? Helsestasjoners arbeid med tospråklige familier til barn med mulige språkvansker

Maria Finsaas

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn, formål og problemstilling

Tospråklighet blir et stadig mer utbredt og vanlig fenomen i verden. Spørsmålet om hvorvidt tospråklige barn med språkvansker kan få lov til å vokse som tospråklige stilles for tiden stadig oftere over hele verden. Disse barna har visse egenskaper ved sitt språk som gjør at det blir likt språket til barn med spesifikke språkvansker. Språkvansker og tospråklighet blir ofte forvekslet, noe som gjør at språkvanskene blir enten over- eller underdiagnostisert (Paradis, Genesee & Crago, 2011). Lingvister, psykologer og logopeder i dagens multikulturelle samfunnet er opptatt av å kunne skille mellom typisk utviklede tospråklige barn og en- og tospråklige barn med språkvansker (Cost Action IS0804; Bialystok, 2007; Gathercole, 2010; Konhert, Windsor & Ebert, 2008; Paradis, 2007; Paradis, 2010; Paradis et al., 2011; Peña & Bedore, 2009).

I Norge eksisterer det en unik mulighet for tidlig å fange opp tospråklige barn som er forsinket i sin språkutvikling eller viser tegn på språkvansker. I sine første fire leveår, når grunnleggende språkutvikling finner sted, får alle barn i Norge tett oppfølging på helsestasjonen, og språkkartlegging inngår som del i dette arbeidet.

Formålet med oppgaven er å studere hvordan helsesøstre arbeider med tospråklige familier i situasjoner der foreldre er bekymret for barnets språkutvikling eller det foreligger en mistanke om språkvansker hos barnet. Det planlegges å skape en detaljert og objektiv beskrivelse av nåværende praksis på norske helsestasjoner når det gjelder kartlegging av språk og språkrelatert rådgivning og veiledning for tospråklige familier der barn viser tegn på språkvansker.

Problemstillingen for oppgaven er:

Hvordan forholder helsesøstre seg til tospråklige familier der barnet har språkforsinkelser eller viser tegn på språkvansker?

For å komme frem til problemstillingen og utarbeide spørsmål til undersøkelsen, har jeg jobbet ut fra følgende forskningsspørsmål:

- 1. Hvilke metoder og verktøy brukes av helsesøstre på helsestasjoner i vurdering av språkutviklingen til barn fra tospråklige familier?*
- 2. Hvordan vurderer helsesøstre sin kunnskap om tospråklighet og språkvansker hos barn?*

- 3. Hvordan ser helsesøstre på sin oppgave som rådgiver til tospråklige familier der barn viser tegn på språkvansker?*
- 4. Hva kjennetegner råd helsesøstre gir til tospråklige foreldre når deres barn viser tegn på språkvansker?*
- 5. Er nåværende praksis på norske helsestasjoner i arbeid med tospråklige familier oppdatert i forhold til nyere forskning på dette feltet?*

Metode

Kvantitativ metode med elektronisk spørreundersøkelse som datainnsamlingsteknikk ble benyttet i denne oppgaven. Helsesøstrenes e-postadresser er ikke tilgjengelig for uvedkommende, så derfor ble invitasjonene videreformidlet av Landsgruppen av helsesøstre i Norsk sykepleierforening. Utvalget i undersøkelsen består av 73 helsesøstre som arbeider ved helsestasjoner for barn fra 0 til 5 år. Spørreskjemaet er delt i fem kategorier for på best mulig måte å belyse forskningsspørsmål og problemstilling.

Dataanalyse

Dataene ble behandlet ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS (Statistical Package for Social sciences). Resultatene er presentert i form av tabeller, grafiske fremstillinger og tekst. Ved hjelp av krysstabeller (bivariat analyse) og korrelasjonskoeffisienten Spearman's rho er det blitt undersøkt om det var korrelasjon mellom variablene i undersøkelsen.

Resultater

Undersøkelsen viste at helsesøstre ved norske helsestasjoner bruker et bredt spekter av metoder når de vurderer språkutviklingen hos tospråklige barn. Det gjennomføres samtaler med foreldre, tilfeldig og systematisk observasjon med bruk av kartleggingsverktøyene SATS og SPRÅK 4. Ved behov for tolking brukes det tolk eller telefontolk. Foreldre som behersker tilstrekkelig norsk, oversetter for sine barn og kan bistå ved systematisk observasjon. I sin vurdering av språk hos tospråklige barn vektlegger helsesøstrene foreldrenes opplysninger. Ved behov innhenter de aktivt informasjon om barns språkutvikling fra flere kilder og jobber tverrfaglig. Omtrent 60 % av utvalget vurderer sine kunnskaper om temaet som i ulik grad tilstrekkelig for å gi informasjon, råd og veiledning til tospråklige foreldre. Tallene tyder på at det er informasjonsbehov på krysningspunktet mellom språkvanskene og tospråklighet. Egne kunnskaper om tospråklighet alene vurderer helsesøstrene som tilfredstillende, gode og svært gode.

Det klare flertallet av helsesøstre i utvalget opplever som sin oppgave å informere, gi råd og veiledning til tospråklige familier med barn med mulige språkvansker. Halvparten av utvalget opplever dette i betydelig grad, og 30 % i svært stor grad. Mange informanter understreker imidlertid at ansvaret skal deles mellom helsestasjonen og andre instanser og fremhever betydningen av tverrfaglige samarbeidet.

De fleste informantene er positive til bruk av morsmål i flerspråklige familier. I sin rådgivning vektlegger helsesøstre tidlig språkstimulering både på morsmål og på norsk, og tilrår å ha barn i barnehager fra toårsalderen. Familiens ansvar for tilrettelegging for barns tospråklig oppvekst blir fremhevet.

Resultater av undersøkelsen viser at nåværende praksis på norske helsestasjoner er oppdatert i tråd med nyere forskning. Respondentene viser gode kunnskaper om både normal og avvikende språkutvikling, betydningen av tidlig språkstimulering og positive effekter av morsmålsbruken på barnets utvikling og familiens økologi. Helsesøstrenes gode kompetanse kommer tydelig frem i språkrelaterte rådene de vil gi til tospråklige familier. I tillegg, etter avsluttende kommentarer å dømme, synes mange at oppgavens tema var viktig.

Resultatene av denne undersøkelsen ikke skal generaliseres, men kan gi grunn til å anta at det trolig er en tendens i hvordan helsesøstre arbeider med tospråklige familier til barn med mulige språkvansker.

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært både lærerikt og krevende. Nå er det snart over, og det føles litt vemodig.

Det er mange som har hjulpet meg underveis i denne prosessen, og jeg vil takke dem alle.

Først og fremst vil jeg takke alle informanter som tok seg tid til å delta både i pretesten og i selve spørreundersøkelsen. Likedan vil jeg takke ledende helsesøstre i kommuner og bydeler jeg har vært i kontakt med. En stor takk rettes til Landsgruppen av helsesøstre i Norsk Sykepleierforening og leder Astrid Grydeland Ersvik for hjelpen med videreformidlingen av mitt spørreskjema. Uten deres hjelp hadde det ikke blitt noen undersøkelse.

Deretter ønsker jeg å takke min veileder førstelektor Lage Jonsborg ved Institutt for spesialpedagogikk for gode, inspirerende samtaler, konstruktive tilbakemeldinger og uvurderlig hjelp med statistikkprogrammet. Jeg vil også takke førsteamanuensis Ivar Morken ved samme institutt for nyttige tips.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver og gode kollegaer ved Barne-og familieenheten i Asker kommune for all støtte jeg har fått underveis i arbeidet med denne masteroppgaven.

Sist, men ikke minst vil jeg takke min mor og mine kjære Eric, Peter og Elizabeth som på forskjellige måter har hjulpet meg, trodd på meg og har vært tålmodige i denne spesielle perioden.

Oslo, november 2013

Maria Finsaas

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.2	Bakgrunn, tema og formål	1
1.3	Oppgavens oppbygging	3
1.4	Begrepsbruk og avgrensninger	4
2	Teoretisk bakgrunn.....	6
2.1	Språk	6
2.1.1	Typisk enspråklig utvikling. Språklige milepæler	7
2.2	Språkvansker	8
2.2.1	Klassifikasjoner av språkvansker	8
2.2.2	Spesifikke språkvansker - definisjon og kriterier	9
2.2.3	Forekomst.....	11
2.2.4	Mulige årsaksforklaringer til SSV.....	11
2.2.5	Språkutvikling hos barn med SSV. Bekymringstegn	12
2.2.6	Språkforsinkelse og spesifikke språkvansker	12
2.2.7	Lingvistiske kjennetegn hos enspråklige barn med spesifikke språkvansker	13
2.3	Tospråklighet	16
2.3.1	Klassifikasjoner av tospråklighet	17
2.3.2	Simultan- og suksessivtospråklighet	17
2.3.3	Dual language learning	19
2.3.4	Tospråklig og enspråklig utvikling, likheter og forskjeller	20
2.3.5	Språkblanding hos tospråklige barn	22
2.4	Tospråklige barn med språkvansker	23
2.4.1	Kan barn med språkvansker bli tospråklige?	25
2.4.2	Betydning av språklig eksponering	26
2.5	Helsestasjonstjenesten i Norge	28
2.5.1	Helsesøsterutdanningen	28
2.5.2	Undersøkelse av tospråklige barns språk på helsestasjon	29
2.5.3	Observasjonsverktøy SATS og SPRÅK 4	30
2.5.4	Rådgivning og veiledning på helsestasjon	32
3	Metode.....	35
3.1	Kvantitativ og kvalitativ metode	35

3.2	Design i undersøkelsen	35
3.2.1	Survey-design	36
3.2.2	Internettsurvey	37
3.3	Populasjon og utvalg	37
3.3.1	Undersøkelsens populasjon og utvalg	38
3.4	Datainnsamlingsteknikk i undersøkelsen	39
3.4.1	Om delene i spørreskjemaet	39
3.5	Operasjonalisering av forskningsspørsmål	42
3.6	Utforming av spørsmål	43
3.6.1	Åpne og lukkede spørsmål	44
3.7	Pretest	44
3.8	Validitet og reliabilitet	45
3.8.1	Cook og Campbells validitetssystem	45
3.9	Behandling av data	47
3.10	Etiske hensyn i prosjektet	47
4	Resultater av undersøkelsen	49
4.1	Gjennomføring av spørreundersøkelsen	49
4.2	Behandling av data	49
4.3	Helsesøstrene i undersøkelsen	50
4.4	Tospråklighet og språkvansker	52
4.5	Kartlegging av barns språk	54
4.6	Rådgivning og veiledning	58
4.6.1	Hvilke råd helsesøstrene gir tospråklige foreldre til barn med mulige språkvansker	60
4.7	Kunnskapsutveksling og tverrfaglig samarbeid	61
5	Drøfting	65
5.1	Utvalget i undersøkelsen	65
5.1.1	Helsesøstrene i undersøkelsen	66
5.2	Hva gjør helsesøstre på helsestasjoner i vurdering av barns tospråklige utvikling ...	66
5.2.1	Helsesøstrenes bekymring	71
5.3	Helsesøstrenes råd	73
5.3.1	Validitet og reliabilitet	75
5.4	Etiske vurderinger i undersøkelsen	77

5.5	Avsluttende oppsummering	77
5.6	Veien videre.....	80
	Litteraturliste	81
	Vedlegg 1: Nettskjema	93
	Vedlegg 2: Informasjonsbrev	100
	Vedlegg 3: Invitasjon	101
	Vedlegg 4: Purring	102
	Vedlegg 5: Brev fra NSD	103

Figurer og tabeller

Figur 1.	Informantenes fordeling etter alder.....	50
Figur 2.	Geografisk fordeling etter fylker (prosentandel).....	50
Figur 3.	Tospråklighet og språkvansker i informantenes utdanning.....	51
Figur 4.	Yrkesgrupper på helsestasjon.....	52
Figur 5.	Hvor ofte spørsmål om forsinket språkutvikling eller språkvansker stilles under konsultasjon av tospråklige familier.....	52
Figur 6.	Hvor ofte opplever helsesøstrene at tospråklige barn er forsinket i språkutvikling.....	53
Figur 7.	Hvor ofte ble tegn på språkvansker observert hos tospråklige barn under konsultasjon hos en helsesøster.....	53
Figur 8.	Hvor vanskelig er det å skille mellom språkvansker og manglende norskferdigheter.....	54
Figur 9.	Gjør du noe annerledes når du kartlegger språk hos tospråklige barn.....	55
Figur 10.	Kartlegging av språk hos tospråklige barn.....	55
Figur 11.	Bruk av systematisk observasjonsverktøy (antall svar).....	56
Figur 12.	Helsesøstrenes mening om SPRÅK 4 er egnet redskap i vurdering av språk hos tospråklige barn som ikke snakker godt norsk.....	56
Figur 13.	Hvor ofte helsesøstrene kartlegger tospråklige barns morsmål.....	57
Figur 14.	Kartlegging av tospråklige barns morsmål. Flervalgsspørsmål.....	57
Figur 15.	Hvor ofte stemmer helsesøstrenes vurderinger av barns språk overens med foreldres observasjoner.....	58
Figur 16.	Synes helsesøstrene at et tospråklig barn kan i noen tilfeller profitte på at familien velger bort morsmålet.....	59
Figur 17.	Mulige grunn til å la være til å snakke morsmål i hjemmet.....	59

Figur 18. Helsesøstrenes råd til tospråklige foreldre til barn med tegn på språkvansker (kategoriserte svar).....	61
Figur 19. Helsesøstrenes vurdering av egne kunnskaper om tospråklighet.....	62
Figur 20. Helsesøstrenes evaluering av SPRÅK 4 som et egnet redskap i vurdering av språkutvikling hos flerspråklige barn i denne undersøkelsen og i rapporten ”Se han snakker” (Oxford Research, 2008).....	69
Tabell 1. Hvor ofte helsesøstre har tospråklige familier til konsultasjon.....	52
Tabell 2. Bekymringstegn.....	54
Tabell 3. Hvor viktig er det med kartlegging av tospråklige barns morsmål.....	57
Tabell 4. I hvilken grad helsesøstre opplever at tospråklige foreldre er mer enn enspråklige opptatt av sine barns språkutvikling.....	58
Tabell 5. Helsesøstrenes meninger om ulike aspekter ved tospråklig utvikling (verdiene gitt i prosent)	60
Tabell 6. Helsesøstrenes råd til foreldre.....	61
Tabell 7. I hvilken grad helsesøstre opplever at deres kunnskap om tospråklighet, normal språkutvikling og språkvansker er tilstrekkelige til å gi informasjon, råd og veiledning til tospråklige foreldre.....	62
Tabell 8. I hvilken grad helsesøstre opplever som sin oppgave å gi råd og veiledning om språkutvikling og språkvansker til tospråklige foreldre.....	63

1 Innledning

1.2 Bakgrunn, tema og formål

Tospråklighet blir et stadig mer utbredt og vanlig fenomen i verden. Edwards (2006) påstår til og med at ”everyone is bilingual”. Stadig flere barn blir flerspråklige, og det hevdes at de er i flertall rundt om i verden (Genesee, 2004, 2009). I følge COST Action IS0804 har antall flerspråklige barn som begynner på skolen tredoblet seg siden år 2000 i Irland, Italia og Spania. I Storbritannia har den steget med 50 % i løpet av to siste årene (ec.europa.eu/education). I Norge per 1.januar 2012 utgjorde innvandrerbarn og norskfødte med innvandrerforeldre under 18 år 13,1% av hele Norges befolkning (Statistisk sentralbyrå, 2012).

Spørsmålet om hvorvidt barn med språkvansker kan få lov til å vokse som tospråklige stilles for tiden stadig oftere over hele verden. Tospråklige barn – og særlig sekvensielle tospråklige, altså de som lærer andre språk i tillegg til sitt første språk – har noen egenskaper ved sitt språk som gjør at det blir lik språket til barn med spesifikke språkvansker. “The overlap among the features of bilingual and impaired language lead to methodological and clinical confusion” (COST Action IS0804). COST Action IS0804 ”Language Impairment in a Multilingual Society” er et omfattende prosjekt innenfor det europeiske samarbeidet. Målet med prosjektet er å systematisere arbeidet med kartlegging og utredning av tospråklige barn med språkvansker.

De siste 15 årene har det blitt gjennomført mange empiriske studier som har søkt å systematisere og avgrense språkvansker og språkforskjeller. Den nåværende situasjonen på praksisfeltet er imidlertid slik at det mangler diagnostiske teknikker og verktøy til å kunne skjelne mellom tospråklige barn med og uten språkvansker (COST Action IS0804).

Å kjenne til disse forskjeller har en viktig forebyggende, praktisk og økonomisk betydning. Dette vil blant annet gjøre det mulig å spare penger på spesialundervisning for de som ikke trenger den. I Nederland utgjør for eksempel tospråklige barn 14 % av alle skolebarn, og 24% av disse går på spesialskoler for barn med språkvansker (COST Action IS0804).

Minoritetsspråklige er overrepresentert i spesialundervisning også i Norge, og det er et stort fokus på tospråklighet knyttet opp mot språk- og lærevansker (Aagaard, 2010; Pihl, 2005; Strand, Audestad, 2011). Data fra nyere forskning viser at minoritetsspråklige barn har

svakere språkforståelse og verre leseferdigheter enn jevnaldrende norske barn (Lervåg & Melby-Lervåg, 2009).

Denne oppgaven handler om hvordan helsesøstre i norske kommuner arbeider med tospråklige familier når det foreligger en mistanke om en språkvanske hos barnet.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten står sentralt i kommunenes folkehelsearbeid og utgjør den delen av kommunal helsetjeneste som yter forebyggende og helsefremmende tjenester for barn og unge fra 0 til 20 år (Sosial- og helsedirektoratet (videre SHdir), 2004). Språkutvikling er ett av sentrale temaene i opplysnings-, veilednings- og rådgivningsvirksomheten ved helsestasjoner (Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet, 2010).

Arbeidet med tospråklige familier der barn sliter med språket byr på flere utfordringer for helsesøstre. De er som medisinsk personell pålagt å vurdere språkutviklingen hos tospråklige småbarn. I tilfeller der tospråklige barn er forsinket i sin språkutvikling eller viser andre bekymringstegn, må helsesøsteren forsøke å skille mellom språkvansker og språkforskjeller, noe som er vanskelig å avgjøre selv for forskere. Det en helsesøster foretar seg i møte med tospråklige familier der barn sliter med sin språkutvikling, reflekterer hennes holdninger, kompetanse og tidligere erfaringer. Det samme gjelder rådgivningsprosessen og spesielt rådene om språkstimulering og valg av språket i hjemmet. Ulike helsestasjoner og ulike helsesøstre kan ha en ganske forskjellig praksis på dette.

Det synes å være interessant å analysere helsestasjoners og enkelte helsesøstrenes nåværende praksis i lys av nyere forskning og se på hvor tydelig helsepersonell er på hva som er grunnlaget for deres rådgivning.

Formålet med oppgaven er å studere hvordan helsesøstre arbeider med tospråklige familier, spesielt i en situasjon der foreldre er bekymret for barnets språkutvikling eller foreligger en mistanke om språkvansker hos barnet. Det planlegges også å belyse helsesøstrenes holdninger til sin rådgiverrolle samt deres vurdering av egne kunnskaper om språkvansker og tospråklighet. Ved å analysere innsamlede data, planlegges det å finne ut om det er mønstre i hvilke råd helsesøstre gir til tospråklige familier angående barns språkutvikling og språkvalget i et tospråklig hjem der et barn sliter med språket. Resultatene av spørreundersøkelsen skal drøftes opp mot nyere forskningsdata, og på grunnlag av dette kan man gjøre et forsøk på å si noe om hvorvidt praksisen på helsestasjoner er oppdatert i tråd med nyere forskning på dette feltet.

Problemstillingen for oppgaven er:

Hvordan forholder helsesøstrene seg til tospråklige familier der barnet har språkforsinkelser eller viser tegn på språkvansker?

For å komme frem til problemstillingen og utarbeide spørsmål til undersøkelsen har jeg jobbet ut fra følgende forskningsspørsmål:

- 1. Hvilke metoder og verktøy brukes av helsesøstre på helsestasjoner i vurdering av språkutviklingen til barn fra tospråklige familier?*
- 2. Hvordan vurderer helsesøstre sin kunnskap om tospråklighet og språkvansker hos barn?*
- 3. Hvordan ser helsesøstre på sin oppgave som rådgiver til tospråklige familier der barn viser tegn på språkvansker?*
- 4. Hva kjennetegner råd helsesøstre gir til tospråklige foreldre når deres barn viser tegn på språkvansker?*
- 5. Er nåværende praksis på norske helsestasjoner i arbeid med tospråklige familier oppdatert i forhold til nyere forskning på dette feltet?*

1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av 5 kapitler:

Kapittel 1 presenterer formål, bakgrunn og problemstilling for undersøkelsen. En del av kapittelet er dedikert til presisering av terminologi og begrepsbruk samt avgrensninger.

Kapittel 2 presenterer relevante aspekter ved teoriene om språk og tospråklighet. Her belyses de relevante fakta om normal språkutvikling hos en- og tospråklige barn samt gjøres rede for hva spesifikke språkvansker er og hvordan de arter seg hos en- og tospråklige barn. For øvrig ser jeg på retningslinjer helsestasjonstjenesten i Norge støtter seg til i sitt arbeid, med særlig fokus på språk og språkutvikling hos barn. Kapittelet tar for seg viktige aspekter knyttet til multikulturell rådgivning .

Kapittel 3 redegjør for metodiske tilnærminger til min undersøkelse og en beskrivelse av validitet og reliabilitet. I forbindelse med validitet blir de fire validitetstyper til Cook og Campbell (1979) presentert. Avslutningsvis blir etiske aspekter knyttet til undersøkelsen gjennomgått.

Kapittel 4 presenterer resultater fra undersøkelsen.

Kapittel 5 drøfter resultater i undersøkelsen opp mot aktuell teori og forskning. Det gis en oppsummering av hovedfunn som er relatert til de ulike forskningsspørsmålene for studien. Til slutt presenteres en konklusjon der problemstillingen besvares.

1.4 Begrepsbruk og avgrensninger

Begrepet språkvansker i oppgaven refererer til *spesifikke språkvansker* (SSV). Spesifikke språkvansker defineres som en betydelig svekkelse av språkferdigheter uten at faktorer som vanligvis forårsaker språkvansker, slik som svak hørsel, lav skåre på nonverbale intelligens tester og nevrologisk patologi er påvist (Leonard, 1998). Spesifikke språkvansker oppstår hos ellers normalutviklede barn og er sånn sett barnets primære vanske (Ottem & Lian, 2008). Uttrykket *spesifikke språkvansker* og forkortelsen SSV brukes i oppgaven om hverandre av hensyn til språklig variasjon.

Tospråklighet i oppgaven defineres ut fra bruk og funksjon og forstås som ”practise of alternately using two languages” (Weinreich, 1953, s.1). *Tospråklige* personer er tilsvarende personer som er involvert i den ovennevnte praksisen (ibid). Som *tospråklig barn* generelt foreslår B.Z.Pearson (2009) å forstå et barn som har tilegnet seg to språk naturlig, det vil si uten målrettet læring, inntil niårsalderen.

Som *enspråklige barn* forstås i oppgaven barn der morsmål og det eneste språket er norsk, hvis ikke et annet språk angis i konteksten.

Som *minoritetsspråklige* menes ”barn hvor begge foreldrene har et annet morsmål enn norsk” (Wagner, Strömquist & Uppstad, 2008, s.35). Barn hvor ”den ene forelderen har norsk som morsmål, mens den andre har et minoritetsspråk som morsmål” refereres til som *familietospråklige* (ibid).

Med *tospråklige familier* forstås familier der minst en av foreldrene har innvandrerbakgrunn og et annet morsmål enn norsk, inkludert svensk, dansk, engelsk og samisk (Espenakk et al., 2007). Både familier til minoritetsspråklige og familietospråklige barn er målgruppen i undersøkelsen. Betegnelsene *tospråklig* og *flerspråklig* brukes om hverandre i oppgaven når det refereres både til barn og familier.

Å definere *morsmål* er nokså komplisert oppgave, siden begrepet kan defineres ut fra kompetanse, bruk og identitet (Engen & Kulbranstad, 1998; Romaine, 1995; Skutnabb-

Kangas, 1981). Med *morsmål* menes i oppgaven at ” et tospråklig minoritetsbarns morsmål er et språk som snakkes i barnets hjem, enten av begge foreldrene eller av den ene av foreldrene, i kommunikasjon med barnet. Barnet kan derfor ha to morsmål” (KD, 1995).

2 Teoretisk bakgrunn

2.1 Språk

De aller fleste definisjoner av språk tar utgangspunkt i et kommunikativt symbolsystem eller en kode.

“A language is a code whereby ideas about the world are represented through a conventional system of arbitrary signals for communication.”

(Bloom & Lahey, 1978, s.4)

Språk er ofte presentert som en modell med tre komponenter: innhold (semantikk), form (fonologi, morfologi og syntaks) og bruk (pragmatikk) (Bloom & Lahey, 1978). Denne modellen er mye brukt både i språk- og spesialpedagogikk rundt om i verden (Rygvdal, 2008a, 2008b; Wyatt, 1998). Kunnskap om alle komponenter av språket bidrar til en mer nyansert forståelse av språklig mestring (Rygvdal, 2008a) og danner en teoretisk ramme for forståelse av språkvansker. Brudd kan forekomme på ethvert nivå i språkssystemet og språkvanskene kan vise seg på mange ulike måter.

Språkets *innhold* – semantikken - dreier seg om betydning og mening. Den viser til relasjoner mellom ord og begrep og knytter forbindelser mellom språket og virkeligheten (Sveen, 2005). Språkets *form* er et hierarkisk system bygd opp av elementer på flere nivåer, altså fonologi og fonetikk, morfologi og syntaks.

Fonologi handler om språklyder, regler som styrer bruk av lyder og deres kombinasjoner i hvert enkelt språk (Bjerkan, 2005). Det minste enheten, fonemet, har en meningsskillende funksjon i språket. Fonetikk er læren om fysiske egenskaper ved språklyder, hvordan de er produsert, overført og oppfattet (Bjerkan & Kristoffersen, 2005).

Morfologi og syntaks utgjør språkets grammatikk. Morfologi studerer ordenes struktur og bøyningsmønstre (Simonsen & Theil, 2005). Den minste enheten på dette nivået, et morfem, har meningsbærende funksjon i språket. Syntaks regulerer hvordan ord kan settes sammen til meningsfulle ytringer og setninger.

Språkets *bruk* - pragmatikk - styrer reglene for hvordan språk brukes i ulike sosiale sammenhenger. Bruk av språk innebærer at mennesker bevisst utformer sin kommunikative atferd og tilpasser denne sine kommunikative mål og aktuelle sosiale kontekster og situasjoner (Austin, 1962).

2.1.1 Typisk enspråklig utvikling. Språklige milepæler

Språkutvikling er en sammensatt prosess som begynner i barseltiden og fortsetter hele livet ut. Barn går gjennom ulike stadier av språkutvikling og tilegner seg språket på en naturlig måte, uten bevisst læring (Rygvd, 2008a). Prosessen omhandler både språkforståelse og språkproduksjon (Espenakk et al., 2007; Stewart, 2010).

Det er imidlertid store individuelle variasjoner i hvor fort barn tilegner seg språket. Det har vært registrert at barn tilegner seg elementer av språk i en forutsigbar rekkefølge (Berk, 2009; Espenakk et al., 2007; Rygvold, 2008a; Stewart, 2010). Derfor bruker man begrepet *språklige milepæler*. De er universielle og gjelder for barn i hele verden (Berk, 2009). Slik er det normalt forventet at barn kan bable rundt seks måneders alder, sier sine første ord rundt ettårsalder, setter to ord sammen på slutten av sitt andre leveår og mestrer et vesentlig ordforråd og de fleste grammatiske konstruksjoner ved fire-femårsalderen (Berk, 2009; Nicolosi, Harryman & Kresheck, 2003).

All grunnleggende språktilegnelse skjer i løpet av de fire første leveårene (Espenakk et al., 2007; Moe & Mothander, 2009). Barnets første leveår kalles for en førspråklig periode. I løpet av første tolv månedene tilegner barnet seg språkets lydsystem. I tidlig kommunikasjon med primære omsorgspersoner lærer barnet mye om kommunikasjon og samspill; de reagerer på voksnes ansiktsuttrykk og stemme, og lærer gradvis å ta tur i en kommunikasjonsveksling (Rygvd, 2008a).

Lydene som produseres av helt nyfødte barn frem til tre måneders alder, såkalte "crying" eller koselyder, er ubevisste og har ikke kommunikativ betydning. Babling starter ved tre-fire måneders alder med strupelyder, ved seks måneders alder kommer ganelyder (dæ-dæ-dæ) og rundt ettårsalderen kommer leppelydene på plass (mama, baba) (Grøholt, Sommershild & Garløv, 2001). Fra seks måneders alder får bablingen stadig større del i samspillet mellom voksne og barnet. Bablingen betraktes som en viktig grunnlag for tidlig utvikling av talespråk (Espenakk et al., 2007). Rundt åtte måneders alder begynner barn å bruke babling og gester for å få oppmerksomhet og å få tak i ting og leker. I tolv måneders alder kan barnet vanligvis oppfatte enkelte ord i ordstrømmen, reagere på sitt navn og forstår noen ord som betegner kjente gjenstander.

Hos de fleste barn kommer første ord mellom ti og fjorten måneders alder. Det er enstavelsesord som er tett knyttet til her-og-nå situasjonen. Gradvis abstraherer barnet betydningen av gjenstand og begynner å bruke symboler for ting, hendelser og personer

(Rygvd, 2008a). Prosessen av å knytte en sammenhengende lydkjede til ikke-verbale begreper stiller stadig høyere krav til barnets underliggende evner og ferdigheter som kognisjon, langtids- og korttidsminne, oppmerksomhet, motivasjon med mer (Bishop, 1997). Ved ettårsalderen mestrer barn en god del kommunikasjonsferdigheter og bruker aktivt ord, gester og kropp til å formidle mening (Rygvd, 2008a). De har god kontroll på taleorganene og kan produsere flere konsonantlyder (/m/ og /n/, /b/ og /p/, /d/ og /t/, noen kan /v/ og /j/). Barns språk er fortsatt tett knyttet til situasjoner, og ordlæringen avhenger av at en voksen bruker ordene gjentatte ganger. *Barnespråk* (Valvatne & Sandvik, 2007) eller ”eiendommelig tale” (Vygotsky, 2006a) markerer overgangen fra den førspråklige perioden til et utviklet, voksent språk. Det er ulikt voksent språk og spesielt på flere måter. Ett av kjennetegnene er en *overekstensjon* der barnet setter én lydkombinasjon, for eksempel ”ua”, på mange ulike ting uten å se forskjell mellom situasjon og dens elementer (Bloom & Lahey, 1978; Espenakk et al., 2007; Vygotsky, 2006a).

Småbarns vokabular er i voldsom vekst. I alderen fra to til seks år tilegner barn seg i gjennomsnitt 10 ord daglig (Bloom, 2002). Når barnets ordforråd oppnår 50 ord, vanligvis ved halvannet års alder, begynner barnet å sette ord sammen og lage *toordsytringer*. Dette markerer begynnelsen av syntaktisk utvikling og er et viktig kvalitativt skille i språkutviklingen (Tetzchner, 2001). Barn på to og et halvt år bruker om lag 200 ord og forstår langt mer enn de kan uttrykke (Grøholt et al., 2001).

Ved fireårsalderen er de fleste barn forventet å ha godt utviklte språklige basisferdigheter (SHdir, 2006a). Normalt utviklede barn mestrer artikulering av de fleste språkllyder og deres tale blir forståelig for ukjente voksne. De har utviklet begrepsforståelse, mestrer de fleste regelmessige bøyninger og setningsstrukturer og kan snakke om det meste, også om fortid og fremtid (Esenakk et al., 2007).

2.2 Språkvansker

2.2.1 Klassifikasjoner av språkvansker

Selv om de fleste barn tilegner seg språket naturlig og spontant, viser noen barn uvanlige mønstre i sin språkutvikling. På grunn av store individuelle variasjoner er det ikke alltid lett å avgjøre om et førskolebarn ligger litt bak normal utviklingstakt, i nedre området for normal utvikling eller har en språkvanske (Rygvd, 2008b). Betegnelsen språkvansker brukes hvis et

barn i førskolealder har vansker med å uttrykke seg forståelig for omgivelsene eller har vansker med å forstå språk rettet mot seg (Nettelbladt, Samuelsson, Sahlen & Ors, 2008). Man skiller mellom utviklingsmessige versus ervervede språkvansker (Grøholt et al., 2001; Paradis, Genesee & Crago, 2011). Kun de førstnevnte er gjenstand for denne oppgaven. Utviklingsmessige språkvansker inndeles i generelle og spesifikke. Generelle språkvansker skyldes underliggende diagnoser og er i den forstand *sekundære*. De oppstår på bakgrunn av ulike helsemessige tilstander som utviklingshemming, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autisme spectrum disorders), ADHD, fysiske funksjonshemminger (hørselsvansker, synshemminger osv.), neurologiske tilstander (f.eks. epilepsi) samt ekstreme språklige og sosiale deprivasjoner (Berk, 2009; Bishop, 1997; Grøholt et al., 2001; Mogford & Bishop, 1993; Nettelbladt et al., 2008; Rygvold, 2008b; Schwartz, 2009; Sundby, 2002). *Primære* språkvansker forekommer hos normalt fungerende barn når forholdene ligger til rette for normal språkutvikling, og defineres også som *spesifikke* (Bishop, 1997; Hulme & Snowling, 2009; Leonard, 1998; Rygvold, 2008b). Spesifikke språkvansker (videre - SSV) tilsvarer Specific Language Impairment (SLI) i engelskspråklig faglitteratur.

2.2.2 Spesifikke språkvansker - definisjon og kriterier

Flere ulike begreper er blitt brukt gjennom tidene for å betegne fenomenet, blant annet *childhood aphasia*, *dysfasia* og *primary language impairment* (Leonard, 1998; Konhert, 2010).

I vurderingen av SSV går man ut fra både *inklusionskriterier* (beskrivelse av barnets vanske) og *eksklusionskriterier* (beskrivelse av vansker barnet ikke har) (Bishop, 1997; Leonard 1998; Plante, 1998).

Det sentrale inklisjonskriteriet er testbaserte og krever at barna skårer lavt (-1,25 SD eller lavere) på et muntlig standardisert testbatteri (Leonard, 1998; Paradis et al., 2011).

Identifisering av SSV er bygget i hovedsak på eksklusionskriterier. Det er grunnleggende å utelukke en kognitiv svekkelse. Kravet er at barnet skårer 85 eller høyere på nonverbale intelligenstagstester og dermed ligger innenfor normalområdet (Leonard, 1998). Barn må ha normal hørsel, noe som innebærer å få adekvate skårer på hørselscreening og ikke ha nye episoder av mellomørebetennelser (Leonard, 1998). Barn skal ikke ha noen tegn på en nevrologisk disfunksjon som f.eks. epilepsi, hjernesvulst eller lignende. Taleapparatet må være uten patologi, og skårer på oralmotoriske tester bør være utviklingsmessig adekvate (ibid).

Barn må ikke vise symptomer på gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og ingen tegn på vansker i fysisk og sosial samspill (Leonard, 1998). R.Schwartz (2009) definerer spesifikke språkvansker som:

“[...] an impairment of language comprehension, language production, or both in the absence of hearing impairment, the absence of a general developmental delay (i.e., a normal performance IQ), the absence of any neurological impairment (e.g., perinatal bleeds, seizure disorders) and no diagnosis of autism. It is only in this sense that this language impairment is specific.”

(Schwartz, 2009, s.3).

Barn med SSV utvikler svært forskjellige symptombilder og er en svært heterogen gruppe (Hulme & Snowling, 2009). For å få bedre forståelse av vanskene og skape forutsetninger for mer effektiv utredning og behandling, ble det foretatt inndeling av SSV i undergrupper. Den ene inndelingen skiller mellom reseptive (impressive) og produktive (ekspressive) vansker (Espenakk et. al., 2007). Denne inndelingen ligger til grunn for klassifikasjoner av vansker i diagnosemanualene DSM-IV (APA, 2000) og ICD-10 (2010).

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (APA, 2000) opererer med en felles betegnelse *Communication disorders* med underkategoriene: *315.31 Expressive language disorder*, *315.32 Mixed Receptive-Expressive language disorder* og *315.39 Phonological disorder* (American Psychiatric Association, 2000, s.13).

Klinisk praksis i Norge støtter seg til ICD-10 (Grøholt et al., 2001; SHdir, 2004; SHdir, 2006a). I denne klassifikasjonen er SSV ført under *Disorders of Psychological Development*. Definisjonen innebærer at vanskene skal være oppdaget tidlig i barndommen, må være sterkt relatert til biologisk modning av det sentrale nervesystem og stabil i forløpet, det vil si uten uforventede forbedringer og forverringer. ICD-10 (2010) bruker en felles betegnelse *F80: Specific developmental disorders of speech and language* med underkategorier *F80.0 Specific speech articulation disorder*, *F80.1 Expressive speech disorder* og *F80.2 Receptive speech disorder*. Inndelingen i reseptive og ekspressive vansker er blitt kritisert fordi begge typer vansker ofte forekommer samtidig, selv om ekspressive vansker er mest fremtredende og lettere å oppdage (Bishop, 1997).

Den andre inndelingen tar utgangspunkt i språket (Bishop, 1997; Leonard, 1998).

Språkvansker kan ytre seg på ett eller flere språkområder, som grammatikk og ordforråd. Det lingvistiske grunnlaget er redegjort for i det første avsnittet. En beskrivelse av lingvistiske kjennetegn på SSV kommer videre i oppgaven.

Den tredje inndelingen gjelder barn med pragmatiske vansker (Bishop, 2000; Hulme & Snowling, 2009). Denne typen vansker slår ut på språklig og sosial atferd, og diskusjonen rundt dem handler om å avgrense vanskene fra autismespekterforstyrrelser (ibid).

Grenser mellom undergruppene er flytende ettersom vanskebildet hos et barn kan forandre seg med alderen, og barn kan gå fra å tilhøre en undergruppe til en annen (Bishop, 1997; Conti-Ramsden, Botting, 1999; Hulme & Snowling, 2009; Sundby, 2002).

2.2.3 Forekomst

Prevalensen av SSV er estimert mellom 3 og 6 % (Hulme & Snowling, 2009). I andre studier ligger den rundt 5-8 % og varierer litt avhengig av barns alder (Nettelbladt et al., 2008).

Prevalensen av alvorlige språkvansker ligger stabilt rundt 1-2 % uavhengig av barns alder og språk (Leonard, 1998). I Norge er prevalensen antatt mellom 5 og 7 %, forutsatt streng bruk av eksklusjons- og inklusjonskriterier (Ottem & Lian, 2008). Det er tydelige kjønnsforskjeller, og språkvansker forekommer hyppigere hos gutter enn hos jenter (3:1-4:1) (Hulme & Snowling 2009; Sundby, 2002).

2.2.4 Mulige årsaksforklaringer til SSV

Spesifikke språkvansker er en svært kompleks vanske og betegnes som en "complex multifactorial disorder" (Bishop 2008). Det finnes flere hypoteser om SSVs underliggende mekanismer. I denne oppgaven vil jeg kun nevne de mest anerkjente teoriene.

Forekomsten av SSV er blitt knyttet til svak auditiv prosesseringsevne (Tallal, 1975) og svikt ved arbeidsminne (Baddeley, 2003), begrensninger i generell auditiv og språklig persepsjon, og i sentrale kognitive funksjoner som minne, oppmerksomhet og eksekutive funksjoner (Schwartz, 2008; Tomblin, 2009a, 2009b).

Forekomsten av SSV er blitt oppdaget blant nære medlemmer i en og samme familie samt hos tvillinger, noe som tyder på genetiske årsaker til vanskene (Bishop, 1997; Hulme & Snowling, 2009; Tomblin, 2009a). Utviklingsmessige språkvansker knyttes særlig til genet FOXP2 (Tomblin, 2009a). Konstitusjonelle forhold som mannlig kjønn og arv slår ut i kombinasjon med visse miljøfaktorer (Salameh, 2008). Miljøpåvirkninger er et vesentlig faktor i språkutviklingen. I vurderingen av SSV er det viktig å utelukke at barnet vokser opp i et særdeles understimulerende miljø (Sundby, 2002).

Tomblin (2009b) påpeker at årsaksforklaring til en så kompleks og multifaktoriell vanske vil se ut som en *sti* med flere nivåer og utgreininger. Tentative forklaringsmodeller til SSV (Tomblin, 2009b; Hulme & Snowling, 2009) viser sammenheng mellom neurobiologiske faktorer, genetikk, kognisjon, miljøfaktorer og språklig atferd. Synet på SSV i dag er at SSV er trolig neurobiologisk betinget og assosiert med tidlige neurobiologiske avvik (Hulme & Snowling, 2009; Tropper & Schwartz, 2009).

2.2.5 Språkutvikling hos barn med SSV. Bekymringstegn

Som universielle kjennetegn ved SSV nevnes ofte forsinket forekomst av første ord, saktere tempo i språkutviklingen, sen oppnåelse av språklige milepæler og vedvarende vansker med vokabularoppbygging, grammatikk og narrativ produksjon (Hulme & Snowling, 2009; Leonard, 2000; Paradis et al., 2011). Hvis man ser et alvorlig språkproblem hos et ellers velfungerende barn, er det lurt å sjekke om barnet har oppnådd språklige milepæler for sin alder (Rygvoid, 2008b).

I følge Ottem og Lian (2008), bør det vekke bekymring dersom et barn ikke har begynt å bruke ord ved 22 måneders alder og setninger ved 33 måneder. Rygvold (2008b) nevner blant bekymringstegn dårlig språkforståelse i toårsalderen, altfor få ord i ordforrådet og bruk av ettordsytringer ved tre og et halvt års alder.

SSV kommer til uttrykk på ulike måter og gir utslag på både språklige ferdigheter og barnets atferd. Forfatterne gjør foreldre og fagfolk oppmerksomme på følgende forhold:

- *Spedbarnet er stille og babler lite, bruker ikke ettordsytringer ved 1,5 års alder.*
- *Barnet har vansker med å oppfatte språklige beskjeder og regler i lek, faller utenfor i samspill med jevnaldrende.*
- *Barnet er lite interessert i bøker og å bli lest for, foretrekker leker og aktiviteter der det ikke brukes språk.*
- *Barnet har problemer med å lære nye ord og har lite ordforråd for alderen, husker ikke hva ting/ord heter, er glemsk.*
- *Barnet klarer ikke å følge med i samlingsstund/undervisning, blir urolig eller passiv.*
- *Barnet svarer ikke eller gir korte, mangelfulle eller merkelige, upassende svar, bruker kroppsspråk istedenfor å gi informasjon i språklig form.*

(Esenakk et al., 2007; Platou 2011)

2.2.6 Språkforsinkelse og spesifikke språkvansker

Det er blitt registrert at forekomsten av SSV hos toåringer er mye høyere enn hos fire- femåringer (Sundby, 2002). Derfor er det ikke vanlig å kartlegge SSV før fireårsalderen

(Tomblin, 2009b; Weismer, 2000). De fleste tilfeller av SSV springer ut av en gruppe barn med forsinket språkutvikling kjent i engelskspråklig forskning som "late talkers" (Tomblin, 2009b; Weismer 2000). Den store variasjonsbredden i tidlig språkutvikling gjør at noen av barn med forsinket språkutvikling tar igjen sine jevnaldrende og oppnår tilsynelatende aldersadekvate språkferdigheter allerede før skolestart (Bele, 2008; Espenakk et al., 2007; Platou, 2011; Rygvold, 2008a; Sundby, 2002; Tomblin, 2009b). De samme barna kan allikevel få lærevansker senere i utdanningsløpet (Ottem & Lian, 2008). Rice (2007) foreslår å skille mellom "*specific language delay*" og *specific language impairment* innenfor primære språkvansker. I følge Rice (2007), ender ikke alle barna med språkforsinkelse opp med språkvansker, mens alle barn som er blitt diagnostisert med språkvansker hadde begynt med språkforsinkelse.

Som sagt i det foregående, er SSV ikke statiske. De endrer seg i takt med barnets utvikling og modning og kan utvikle seg i retning lese- og skrivevansker, pragmatiske eller sosio-emosjonelle vansker. Barnet kan tilsynelatende "vokse av seg vanskene". Forskning viser imidlertid at førskolebarn med SSV har en svak prognose selv med normal nonverbal IQ, og SSV regnes som forløper for vedvarende språk- og lærevansker (Hulme & Snowling, 2009; Nettelbladt et al., 2008).

SSV er ofte betegnet som en skjult vanske. Årsaken er at SSV kan bli avdekket sent, allerede i skoleårene, når krav til kognitive funksjoner som oppmerksomhet, hukommelse, språk og resonnering har økt i takt med læringstrykket (Bele, 2008). Hos førskolebarn som ble diagnostisert med SSV vedvarer vanskene gjennom barndommen og videre til ungdomsårene og voksent liv i 50-90 % av tilfellene (Hulme & Snowling, 2009).

2.2.7 Lingvistiske kjennetegn hos enspråklige barn med spesifikke språkvansker

Barn med SSV har svært begrensede språkferdigheter på ulike områder av språk, nemlig innhold, form og bruk (Nettelbladt et al., 2008; Leonard, 2000; Rygvold, 2008b).

Tilgjengelige språktester kan ikke dekke den store variasjonen i vanskene (Leonard, 1998).

D.Bishop (1997) understreket betydningen av en lingvistisk basert klassifikasjon av vanskene.

Klinisk praksis i Norge støtter seg til skjønnsmessig vurdering framfor standartiserte tester (Sundby, 2002). Det er derfor vesentlig å beskrive og forklare barns språklige fungering og finne klare lingvistiske kjennetegn ved SSV.

Spesielt utsatte språkområder hos barn med SSV er fonologi, ordforråd og morfosyntaks (Bishop, 1997; Leonard, 2000; Ottem & Lian, 2008; Platou, 2011).

Semantiske vansker knyttes til problemer med språkets semantikk og viser seg i ordlæring, begrepsoppbygging og ordforråd (Rygvd, 2008b). Barn bruker lengre tid på å tilegne seg nye ord og trenger flere gjentakelser for å lagre ord i langtidsminnet, noe som knyttes til fonologisk persepsjon og kapasiteten for bearbeiding og minne (Bishop, 1997). Det forekommer ordletingsvansker som kan henge sammen med upresis lagring av den lydmessige formen av et ord i hjernen, eller en uhensiktsmessig lagring av ord og begreper. Symptomer på ordletingsvansker kan være lange pauser og utstrakt bruk av ord som ”sånn” og ”ting” (Espenakk et al., 2007; Leonard, 2000). Barn med semantiske vansker har svakere og færre semantiske assosiasjoner og kan erstatte ord med semantisk relaterte ord (f.eks. *geit* istedenfor *kamel*) (Hulme & Snowling, 2009) eller omskrive ord (*jentegenser* istedenfor *kjole*) (Rygvd, 2008b). Språkforståelsen til disse barna kan bli dårligere på grunn av lite ordforråd, lav bearbeidingskapasitet og svak korttidsminne.

Morfologiske vansker viser seg når barn har problemer med å se hvordan ordene i språket er bygd opp og hvordan de fungerer i forhold til hverandre. Barn kan bruke ordene ubøyd, de ser ikke regelmessigheter i bøyningsmønstre, har problemer med å skille entall og flertall, bruke pronomen, bøye verb, gradbøye adjektiv og bruke preposisjoner (Espenakk et al., 2007; Rygvold, 2008b). Et annet viktig trekk er at barn med SSV sliter med tilegnelse av verb. Betydningen av verb oppfattes i sammenheng med andre ord i en setning, og derfor er det vanskelig å forstå for barn med SSV med deres svake syntaktiske evner (Hulme & Snowling, 2009; Leonard, 1998). Morfologiske vansker er en sterk markør på spesifikke språkvansker uavhengig av språk. Dette er vist i forskning fra engelskspråklige land, og ble også bekreftet i nordiske studier (Bjerkan, 2000).

Syntaktiske vansker viser seg først når to- og treordsytringer forekommer mye senere enn hos jevnaldrende uten vansker (Rygvd, 2008b). Barn bruker setninger med avvikende og umoden struktur og strever med å sette ord i en riktig rekkefølge (ibid). Disse barna har svak setningsforståelse, antageligvis fordi deres arbeidsminne ikke kan beholde en lang nok bit av informasjon (Espenakk et al., 2007). Barn bruker mye kortere setninger enn de normalspråklige barna. Når barna blir eldre, får de vansker med både å bruke og forstå mer komplekse setninger (Leonard, 1998).

Fonologiske vansker er problemer med å bruke språklyder i meningskillende funksjon. Fonologiske vansker er knyttet til det kognitive og er ikke det samme som

artikulasjonsvansker. Barna har ikke problemer med å artikulere enkelte lyder isolert - de kan gjerne gjenta lydene, men de har vansker med å oppdage kontraster mellom lyder (Rygvdold, 2008b). Forenkling og forveksling av lyder i ord som er vanlige hos typisk utviklede barn opp til treårsalderen, vedvarer hos barn med SSV opp i skolealder (ibid). Barn med fonologiske vansker har vanligvis normale kognitive ferdigheter, og vanskene ofte er en manifestasjon på en spesifikk språkvanske (Esenakk et al., 2007).

Barn med *pragmatiske vansker* strever med å bruke språket i sosiale sammenhenger og viser atypisk språklig og kommunikasjonsatferd (Bishop, 2000; Rygvold, 2008). Pragmatiske vansker henger ofte sammen med autismspekterforstyrrelser (Hulme & Snowling, 2009). Derfor er de vanligvis ikke studert innenfor SSV (Schwartz, 2009).

Rygvdold (2008b) påpeker at språkvansker hos barn berører vanligvis flere språkområder samtidig. Det mest utsatte området er som nevnt grammatisk morfologi (Bjerkkan, 2000; Leonard, 2000). Data fra empirisk forskning viser at barn med SSV har vansker med å lære syntaktiske regler og bruke grammatiske morfemer (Hulme & Snowling, 2009). Forskere er enige om at språklige egenskaper til barn med SSV på mange måter er like språket til yngre (ca. 2 år yngre) normalspråklige barn (Bele, 2008; Hulme & Snowling, 2009; Leonard, 2000; Paradis et al., 2011; Tomblin, 2009b). Det er store forskjeller i hvordan SSV ytrer seg i forskjellige språk (Leonard, 2000 og 2009a). Leonard (2000) har oppsummert flere empiriske studier av lingvistiske markører av SSV på ulike språk (engelsk, italiensk, hebraisk, spansk, svensk og tysk). Konklusjonen var at barn med SSV har alvorlige avvik i grammatiske ferdigheter uansett språk, nærmere sagt i nyansert bruk av grammatikk, men vanskeprofiler på tvers av språk ser ut til å være ulike (Leonard, 2000; Leonard, 2009a; Paradis et al., 2011).

Blant avvik nevnes det en mangelfull og uregelmessig bruk av grammatiske morfemer basert på kreative mønstre eller ”overregularisation” (Leonard, 2000) eller ”overgeneralisation” (Hulme & Snowling, 2009), f.eks. ”He *throwed* the ball” og ”Han *gidde* meg en leke”.

Grammatiske feil hos barn med SSV er de samme som hos yngre barn. Det ble lagt merke til at barn som tilegner seg flektive språk (f.eks. italiensk) ser ut til å bli tryggere på grammatikk, enn barn som tilegner seg engelsk, der barn må operere med artikler og funksjonsord (Leonard, 2000).

2.3 Tospråklighet

Tospråklighet (bilingualism), eller flerspråklighet (*multilingualism*) har flere dimensjoner og kan forstås både som et individuelt egenskap og et sosialt fenomen (Baker, 2006; K. Øzerk 2008). Denne oppgaven tar for seg tospråklighet i et individperspektiv.

Det er et bredt spekter av definisjoner som tar utgangspunkt i språklig kompetanse.

Bloomfields klassiske definisjonen av tospråklighet som "native-like control of two or more languages" (Bloomfield, 1933, s.56 referert i Skutnabb-Kangas, 1981, s.85) kan bli plassert på den ene siden av spekteret. På den andre siden finner man definisjonen som inkluderer i kategorien tospråklige alle som har "at least some knowledge or control of the grammatical structure of the second language" (Diebold, 1964, s.469, referert i Baker, 2010). Enda færre krav til kompetanse på andre språk setter definisjonen til J.Macnamara (1969) der en tospråklig er en som har "a minimal competence in only one of the four language skills, listening comprehension, speaking, reading and writing" (Macnamara, 1969, s.82).

Andre definisjoner tar utgangspunkt i språkbruk og funksjon. Den mest kjente er definisjonen til Weinreich: "The practise of alternately using two languages will be called *bilingualism*, and the persons involves, *bilingual*" (Weinreich, 1953, s.1 referert i Skutnabb-Kangas, 1981, s.89). Dette synet er lagt til grunn i offentlige dokumenter (KD, 1995). Grosjean (1989) definerer tospråklige som mennesker "who use two or more languages in their everyday lives" (Grosjean, 1989, s.4).

Tospråklighet kan bli definert med utgangspunkt i identitet. Den omfattende definisjonen til T.Skutnabb-Kangas (1980) omhandler flere individuelle og samfunnsmessige faktorer og setter i en sammenheng individets kognitive og kommunikative kompetanse, språkbruk, holdninger og identitet.

"Tvåspråklig är den som har en möjlighet fungera på två (eller flera) språk, antingen i enspråkliga eller tvåspråkliga samfund i enighet med de sosiokulturella krav på en individs kommunikativa och kognitiva kompetens som dessa samfund och individet själv ställer, på samma nivå som infödda talare, samt en möjlighet att identifiera sig positivt med båda (eller alla) språkgrupperna (och kulturerna) eller delar av dem"
(Skutnabb-Kangas, 1980 sitert i Skutnabb-Kangas, 1981).

Den store variasjonen i definisjoner viser at tospråklighet er et multifaktorielt fenomen og bekrefter at "[...] tospråklig er altså ikke noe som en person enten er eller ikke er: en kan være tospråklig på flere måter og i større eller mindre grad." (Engen & Kulbrandstad, 1998, s. 25).

2.3.1 Klassifikasjoner av tospråklighet

Det er blitt foretatt flere klassifiseringer av tospråklige. I denne oppgaven gir jeg en kort oversikt over de mest relevante inndelingene.

I utgangspunktet betegnes tospråklige som *aktive* når de bruker to grammatiske systemer produktivt, kan produsere og forstå nye setninger på begge språk uansett ferdigheter. Personer som er jevnlig eksponert for to språk, men bruker bare ett språk aktivt defineres som *passive* tospråklige (Pearson, 2009; Peña & Bedore, 2009).

Tospråklige personer inndeles på bakgrunn av ulike sosiale variabler. Ut fra den sosiale statusen ved sine språk defineres de som *elitetospråklige* (*elective bilinguals*) og *minoritetsspråklige* ("heritage" or "folk", or "immigrant " *bilinguals*) (Baker, 2006; Pearson, 2009; Skutnabb-Kangas, 1981; K.Øzerk, 2008). Skutnabb-Kangas (1981) deler tospråklige i fire på bakgrunn av følgende faktorer: 1) grad av press for å bli tospråklig, 2) forutsetninger for å bli det, 3) tospråklig utvikling og 4) mulige konsekvenser for individet. Disse undergruppene er: *elitetospråklige*, *majoritetsspråklige*, *barn fra tospråklige familier* og *minoritetsspråklige*. Barn fra disse grupper har ulike muligheter og forutsetninger for å utvikle tospråklige ferdigheter. Ut fra språklig situasjon kan tospråklige defineres som *additive* eller *subtraktive* (Baker, 2010, Skutnabb-Kangas, 1981). Både elitetospråklige, majoritet- og familietospråklige barn tilegner sine språk i *additiv* språksituasjon hvilket innebærer at S2/andrespråk læres *i tillegg til* eller *ved siden av* S1/morsmål, og ikke på bekostning av det (Baker, 2006; Kulbranstad & Engen, 1998; Paradis, Genesee, Crago & Rice, 2003; Skutnabb-Kangas, 1981). Situasjonen til minoritetsspråklige er vanligvis *subtraktiv*. Lav status av S1 og lav motivasjon til å opprettholde det fører til svekkelse og degenerasjon av S1 (*language attrition*) og dets erstatning med S2 (Paradis et al 2011, Baker, 2006).

Det finnes mange flere ulike klassifikasjoner av tospråklige. Inndelingen som er mest aktuelt for denne oppgaven er i simultan- og suksessivtospråklige. Denne blir redegjort for i den nestkommende avsnittet.

2.3.2 Simultan- og suksessivtospråklighet

Tospråklige kan være *simultan-* og *suksessivtospråklige* (*simultaneous bilinguals* vs. *sequential bilinguals*) i forhold til tidspunktet når man har begynt å lære sine to språk. Nyfødte og babyer som er eksponert for begge språk fra fødselen av betraktes entydig som simultantospråklige (De Houwer, 2005; Pearson, 2009). I engelskspråklig forskning er

tilsvarende begrep *Bilingual First Language Acquisition* (BFLA) (De Houwer, 2005, 2009; Genesee & Nicoladis, 2006). BFLA defineres som "development of language in young children who hear two languages spoken to them from birth" (De Houwer, 2009, s.2) og sidestilles med MFLA (*Monolingual First Language Acquisition*). I BFLA skilles det ikke mellom S1 og S2, fordi språktilegnelse begynner kronologisk samtidig på begge språk. De Houwer (2005) bruker for eksempel uttrykkene "språk A" og "språk α".

Betegnelse som *early Second Language Acquisition* (early SLA) og *Dual Language Learning* tilsvarer suksessivtospråklig utvikling. Denne tar sted når et opprinnelig enspråklig barn begynner å bli jevnlig eksponert for språk 2 tidlig i barndommen, vanligvis utenfor hjemmet og i forbindelse med tidlig sosialisering (De Houwer, 2005; Paradis et al., 2011; Pearson, 2009; Peña & Bedore, 2009).

Grensen mellom simultan- og suksessivtospråklighet settes av de fleste forskerne ved tre-fireårsalderen (Genesee & Nicoladis, 2006; Paradis et al., 2011). Grunnen til det er at typisk utviklede enspråklige tre- og fireåringer har et etablert S1 med god ordforråd og grammatikk, og de har tilegnet seg en viss kunnskap om verden. Disse faktorene samt barns underliggende neurokognitive modenhet danner grunnlag for læring av S2. Førskolebarn fra begge gruppene viser like mønstre i språktilegnelse og forskjellene kommer ikke tydelig frem.

Simultantospråklige barn lærer begge språk hjemme og har lang erfaring med bruk av sine to språk. Suksessivtospråklige lærer vanligvis S1 hjemme og S2 utenfor hjemmet (Paradis et al., 2011).

Simultantospråklighet assosieres ofte med "en person, ett språk" prinsippet som ble først beskrevet av Jules Ronjat i 1913. Ronjats studie var den første og klassiske empiriske studien av tospråklighet og refereres til av mange (Vygotsky, 2006; De Houwer, 2005; Genesee, 1989; Meisel, 2008; Romaine, 1995; Skutnabb-Kangas, 1981).

Det finnes ulike mønstre i den simultane språktilegnelsen. S.Romaine (1995) beskriver seks modeller for tidlig tospråklig utvikling basert på ulike kombinasjoner av foreldrenes morsmål, samfunnets språk og familiens strategi i språkbruken: 1) *én person – ett språk*, 2) *ikke-dominerende hjemmespråk*, 3) *ikke-dominerende språk uten støtte fra samfunnet*, 4) *to ikke-dominerende språk uten støtte fra samfunnet*, 5) *ikke-innfødte foreldre* og 6) *språkblanding* (Romaine, 1995, ss.184-186). De fleste barn fra tospråklige familier utvikler sine språkferdigheter som BFLA. Minoritetsspråklige barn fyller kriterier for suksessiv tospråklighet (Paradis et al., 2011).

2.3.3 Dual language learning

Data fra empirisk forskning viste at i læring av S2, går tospråklige barn gjennom følgende stadier: 1) bruk av hjemmespråk, 2) nonverbal periode, 3) "*formulaic*" språkbruk og 4) produktiv språkbruk (Tabors, 2008). Det er store individuelle variasjoner i suksessiv språkutvikling. Noen av barna har ikke nonverbal periode i det hele tatt, mens for andre strekker den flere måneder (Løntoft, 1999). Kommunikasjon på dette stadiet er preget av en utstrakt bruk av gester, noe som vekker bekymring hos både foreldre og fagfolk (ibid). Når barna begynner å bruke aktivt elementer av S2, imiterer de fraser de har hørt av andre ettersom de ennå ikke kan konstruere fullverdige ytringer og setninger. Deres S2 betegnes derfor på dette stadiet som "*formulaic language*" (Tabors, 2008). Ved å imitere andres språk, kan barna fungere sosialt på S2, kommunisere og dermed sikre seg videre eksponering for S2 (Wong Fillmore, 1991). Gradvis begynner barn å konstruere stadig mer kompliserte setninger på S2. De bruker helhetlige uttrykk de allerede har tilegnet seg på det forrige stadiet og utvider disse med nye ord for så å bruke språket stadig mer uavhengig og produktivt (ibid). Suksessiv tospråklige barns kompetanse på S2 er langt unna morsmålskompetansen. De fleste har utenlandsk aksent og gjør feil både i ordbruk og grammatikk, særlig i bøyninger, bruk av grammatiske morfemer og artikler (*he no play car* istedenfor *he doesn't like to play cars*) (Paradis et al., 2011).

Perioden med suksessiv språkutvikling fra barna har begynt å bruke S2 produktivt til de har oppnådd tilnærmet morsmålskompetanse på S2, kalles for *interlanguage* eller *mellomspråk* (Karlsen, 2006; Løntoft, 1999; Paradis et al., 2011; Valvatne, Sandvik, 2007). Mellomspråk er et regelstyrt lingvistisk system som er ulik målspråket på grunn av mange utviklingsmessige og transfer-relaterte mønstre (Paradis et al., 2011). Karlsen (2006) poengterer at mellomspråket er avvikende fra både S1 og S2, men påvirket av begge. Dette skjer fordi to lingvistiske systemer hos suksessiv tospråklige barn er gjensidig påvirket (Vygotsky, 2006). Mange forskere er imidlertid enige i at de ovennevnte mønstrene i mellomspråket er utviklingsmessige. Det trekkes et tydelig analogi mellom *barnespråk* i enspråklig utvikling og *mellomspråk* hos tospråklige (Valvatne & Sandvik, 2007). Likheter mellom disse finnes både i fonologiske forenklingsprosesser og i leksikalsk og grammatisk utvikling. Både i barnespråk og i mellomspråk finner man f.eks. *general all-purpose* (GAP) verb - verb med uklar betydning som passer i flere kontekster og erstatter mange andre meningsfulle verb, f.eks. *do*, *go*, *fix* - og utviklingsmessig rekkefølge i tilegnelse av grammatiske morfemer (Paradis et al., 2011).

2.3.4 Tospråklig og enspråklig utvikling, likheter og forskjeller

Det er ulike syn på relasjon mellom en-og tospråklig utvikling. Tidligere ble tospråklig sett på som en ulempe for barns intellektuelle utvikling. J.Macnamara (1966) sammenlignet i sin *limited capacity hypothesis* tospråklig utvikling med en gammeldags skålvekt. Når et individ utvikler språkferdigheter på ett av språkene, svekkes mulighetene for en god utvikling av det andre språket i tilsvarende grad. Barnets underliggende kognitive ferdigheter var i denne modellen sammenlignet med en ballong. Når barnet lærer seg språk, fylles ballongen opp og det blir lite rom for et språk til. Altfor mye luft tilsvarer altfor mange språk, og kan være skadelig for barnets kognitive system.

Spørsmål om hvorvidt barnets kognitive system er egnet til å romme flere språk har vært lenge aktuelt. Nyere forskningsdata støtter argumentene mot den såkalte "*myth of the monolingual brain*" (Genesee, 2009). Normalutviklede enspråklige og tospråklige barn sammenlignes ofte, og registrerte likheter og forskjeller er med på å skape bedre forståelse av tospråklig utvikling (Paradis et al., 2011).

Det moderne synet på relasjon mellom en- og tospråklig utvikling fremhever likhetene. Genesee (1993) slår fast at "[...] bilingual development may differ from monolingual development in superficial ways, but fundamentally they are the same" (Genesee, 1993, s.77). Ifølge Meisel (2008) er simultan tilegnelse av to eller flere språk er et eksempel på "*multiple first language acquisition*" (Meisel, 2008, s.95). De Houwer (2005) mener det samme med den eneste forskjellen at tospråklige barn kan gjøre seg forstått på to språk.

Likhetene mellom en- og tospråklig utvikling omfatter tidspunkter på språklige milepæler. Hos tospråklige barn begynner babling innenfor de samme tidsrammene som hos enspråklige barn (Paradis et al., 2011). Første ord, toordsytringer, femtiordegrense oppnås av tospråklige og enspråklige barn på samme tidspunkt og i samme rekkefølge (Paradis et al., 2011). Både en- og tospråklige barn begynner en meningsfull språkproduksjon ved å bruke ettordsytringer som ikke ennå er knyttet til et konkret objekt, men brukes av barn til å markere en helhetlig situasjon (Bloom & Lahey, 1978; Vygotsky, 2006a). Først bruker både en- og tospråklige barn bundete morfemer eller ord fra språkene de allerede har tilegnet seg. Når barnet har begynt å sette to ord sammen, kan man forstå hvilket språk barnet snakker. Etter hvert begynner både en- og tospråklige barn å bruke toordsytringer, setninger og komplekse setninger. Både en- og tospråklige barn er forventet å tilegne seg grunnleggende grammatiske ferdigheter innenfor samme tidsrammer, forbeholdt individuelle forskjeller. For eksempel kan

en tospråklig toåring forventes å kunne føre en kort dialog bestående av toordsytringer med en kjent voksen på samme måte som en enspråklig jevnaldrende (De Hower, 2005; Genesee, 2004).

Språk til både en- og tospråklige småbarn er ganske ulik voksent språk da det er mye morfologiske og syntaktiske feil, og det er fattigere på ord og syntaktiske strukturer.

Simultanspråklige barn tilegner seg vokabular og grammatikk på en lik måte som enspråklige barn, men deres fonologiske ferdigheter, blant annet oppfatning av språk, viser mer varierende mønstre enn hos enspråklige (Genesee, 2009; Genesee & Nicoladis, 2006).

Det er likheter mellom en- og tospråklig populasjoner i hvordan de tilegner seg et bestemt språk. Språket som produseres av jevnaldrende normalutviklede en- og tospråklige barn kan være påfallende likt (De Hower, 2005). Det vil si at barn fra begge grupper bruker språket på samme måte, gjør samme feil og har omtrent samme sett av syntaktiske strukturer osv.

De Houwer (2005) baserer sine konklusjoner på et bredt spekter av empiriske studier foretatt på en rekke europeiske språk, deriblant baskisk, engelsk, fransk, nederlandsk, spansk og tysk. Hun understreker at det er store individuelle variasjoner i språktilegnelse både blant enspråklige og på tvers av en- og tospråklige populasjoner. Allikevel bekrefter så mange konsistente likhetstrekk i en- og tospråklig utvikling bekrefter at prosess av tidlig språkutvikling (*primary language development*) er meget robust og ”immune to whether a child is growing up learning two languages or just one” (De Houwer, 2005, s.42).

Det ble imidlertid registrert en rekke forskjeller mellom en- og tospråklig utvikling.

For det første kan et tospråklig barn ha et ulikt ordforråd på sine to språk. Det skyldes forskjeller i omfang, kvalitet og kontinuitet i eksponeringen for språkene (Genesee, 1989).

Barn som får språklig input fra forskjellige mennesker i forskjellige kontekster, kan få tilegnet tilsvarende ulike leksikalske repertoarer (De Houwer, 2005). Kvantitativt er tospråklige barn mindre eksponert for hvert av sine språk enn enspråklige barn for sitt ene språk, og dette alene kan føre til forsinkelser i språkutvikling (Genesee & Nicoladis, 2006).

For det andre, mestrer tospråklige barn spesielle tilleggsferdigheter for å kunne styre og bruke to språk til kommunikative formål (Genesee, 2004; Genesee & Nicoladis, 2006). Helt fra de er små, vet de når de skal velge ene eller det andre språket, hvor mye de skal blande på språkene og tilpasse språket til situasjonen og ulike samtalepartnere.

Andre forskjeller er knyttet til *language transfer*, eller påvirkning mellom språkene så vel som *språkblanding*. Det sistnevnte er et omfattende tema, og jeg ønsker her kun å nevne noen viktige fakta uten å gå noe dypere inn på dette.

2.3.5 Språkblanding hos tospråklige barn

Begrepene *kodeveksling* (code-switching) og *språkblanding* (code-mixing) bruker jeg om hverandre i denne oppgaven. Fenomenet består i ”use of elements from two or more languages of a bilingual in the same utterance or stretch of conversation” (Paradis et al., 2011, s.264).

Språkblanding hos voksne tospråklige betegnes som ”[...] useful, sophisticated, and rule-governed feature of language” (Genesee & Nicoladis, 2006, s.12). Språkblanding hos barn har ofte vært tolket som manglende språkkompetanse og forvirring (Volterra & Taeschner, 1978). Meisel (2008) påpeker at store bekymringer i flerspråklige familier er knyttet til spørsmål om hvorvidt barnet kan holde to eller flere språkssystemer adskilt.

Nyere forskning viser at språkblanding er en naturlig del av tospråklig utvikling. Tospråklige småbarn begynner å blande språkene veldig tidlig. Både morfologiske og leksikalske elementer fra ulike språk kan blandes enten innenfor en ytring (*intrautterance code-mixing*) eller fra ytring til ytring (*interutterance code-mixing*) (Paradis et al., 2011). Det understrekes at andel av blandede ytringer i barns språk er mye mindre enn ikke-blandede (De Houwer, 2005).

Språkblanding forekommer ikke tilfeldig. Forskning på funksjonelle egenskaper ved språkblanding hos barn har avdekket flere regelrette årsaker til fenomenet.

Den første er at språkblanding tjener til å fylle ut hull i barnets vokabular og grammatikk (Paradis et al., 2011). Kodeveksling forstås som barnets bruk av alle mulige ressurser til å uttrykke seg i situasjoner der barnet ikke behersker noen av språkene i tilstrekkelig grad. Både leksikalsk og morfosyntaktisk blanding eksemplifiserer den kreative språkbruken, at barnet har tilgang til ordforråd og grammatiske strukturer i begge språk og bruker dem i sin kreative språkproduksjon (ibid).

I dag er det enighet om at måter og kontekster av barns sosialisering påvirker deres språkblanding (Lanza, 1997). Barn er *kontekst-sensitive* og tilpasser sitt språk til omgivelser og språkpartnere. Det er også blitt lagt merke til at språkblanding selv hos små barn har pragmatisk og symbolsk funksjon (Genesee & Nicoladis, 2006). Det viktigste er imidlertid er

at normalutviklede simultantospråklige barn har kontroll over sin språkblanding og kan tilpasse både sin språkbruk og sitt språkvalg omgivelsene og samtalepartnere fra en veldig tidlig alder (Genesee, 2009).

2.4 Tospråklige barn med språkvansker

Språkvansker har gjennom årene blitt studert kun på enspråklige populasjoner. De siste tiårene har forskning innen ”interface between bilingual development and child language disorders” blitt stadig mer relevant (Bialystok, 2007; ISO804; Paradis, 2010; Paradis et al., 2011). Problemet med å skille mellom SSV og effektene av tospråklighet fører til over- og underidentifikasjon mellom disse to tilstandene (Paradis et al., 2011).

Det første viktige bekymringstegn som foresatte og pedagoger blir oppmerksomme på, er at barnet er forsinket i oppnåelse av språklige milepæler. Dette gjelder både en- og tospråklige barn og både generelle og spesifikke språkvansker (Rygqvold, 2008a, 2008b; Espenakk et al., 2007; Paradis et al., 2011).

Empirisk forskning på tospråklige småbarn med SSV skiller mellom simultan- og suksessivtospråklige (Gutierrez-Clellen, Simon-Cereijido & Wagner, 2008; Kohnert, 2010; Paradis, 2010; Paradis et al., 2011; Salameh, 2008). Skillet er viktig i forhold til både begynnelsen og omfanget av eksponering til begge språk, barns aktiv språkbruk og språklige omgivelser.

Ifølge Peña og Bedore (2009) er det ingen epidemiologiske studier på SSV hos tospråklige. Grunnen til det er lite kunnskap om både typisk og avvikende språkutvikling i denne populasjonen samt mangel på valide testinstrumenter (ibid). Dermed er det ingen data om insidens og prevalens av SSV hos tospråklige. Mangelen på valide testinstrumenter for denne populasjonen gjør det vanskelig å skille også mellom primære og sekundære språkvansker siden det er ikke alltid mulig å få sjekket tospråklige barn opp mot alle eksklusjonskriteria (Pena & Bedore, 2009). Betegnelsen LI (*language impairment*) som tilsvarer generelle språkvansker er derfor ofte foretrukket (ibid).

Utredning av SSV hos tospråklige barn gjøres på bakgrunn av sammenligning av denne populasjonen med typisk utviklede tospråklige barn på en side og enspråklige barn med SSV på den andre (Paradis et al., 2011; Peña & Bedore, 2009).

Fonologiske forenklingsprosesser som tospråklige barn med SSV har på begge språk peker seg ut både kvantitativt og kvalitativt og skiller seg fra forenklingsprosessene til typisk utviklede suksessivtospråklige.

Studier av vokabular og semantikk hos tospråklige barn med SSV har vist at de trenger betydelig mer tid på prosessering under begrepslæring og gjør feil i benevningsoppgaver (Peña & Bedore, 2009). Tospråklige barn med SSV har vist mer omfattende problemer med å finne et rett ord (retrieval), altså ordletingsvansker, så vel som organisering av konsepter i sitt leksikon enn med vokabularstørrelse. Dataene stemte overens med funn fra forskning på enspråklige barn med SSV, der semantiske systemer var berørt av vanskene både i dybden og i bredden. Begge viser svake evner til ordlæring, ordletingsvansker og problemer med kategorisering (Peña & Bedore, 2009).

Også når det gjelder morfologi og syntaks viser tospråklige og enspråklige barn med SSV like feilmønstre (Peña & Bedore, 2009). Paradis et al. (2003) sammenlignet grammatiske ferdigheter hos fransk-engelske tospråklige barn med SSV og jevnaldrende enspråklige (både franske og engelske) barn med SSV på verbmorfologi. Tospråklige barn har vist vansker på det samme morfosyntaktiske området (tidsaspektet) og i samme grad som enspråklige.

Følgelig var tospråklige barns vansker ikke mer alvorlige på grunn av tospråklighet.

Forskerne konkluderte også at generelle utviklingsmønstre hos disse tospråklige barna med SSV stemte overens med typisk tospråklig utvikling (Paradis et al., 2003; Paradis, 2011).

I en morfosyntaktisk utvikling viser en- og tospråklige barn språkvansker i lik grad og på samme grammatiske områder. Vanskene viser seg som lav MLU (gjennomsnittlig ytringens lengde), unnlatelse av artikler, hjelpeverb og grammatiske markører (Peña & Bedore, 2009).

I utvikling av sine syntaktiske ferdigheter begynner begge gruppene med korte ord og fraser og tar gradvis i bruk enkle grammatiske former som kjønn og flertall. Deretter begynner de å forsiktig kombinere substantiv og adjektiv (*noun phrase agreement*), så substantiv og verb og til slutt en enkel setningsstruktur, eventuelt komplekse setninger (Peña & Bedore, 2009).

Narrative ferdigheter hos tospråklige barn med SSV er lite utforsket (Peña & Bedore, 2009).

Tospråklige typisk utviklede barn er ofte bedre på makrostruktur enn på mikrostruktur i sine fortellinger (Paradis et al., 2011). Forskning på tvers av engelsk, spansk og svensk språk viste at tospråklige barn med språkvansker derimot viser at de har vansker på makronivå. For eksempel har de det vanskelig å innta samtalepartnerens perspektiv, organisere en fortelling i en bestemt rekkefølge og koordinere årsak og virkning (se Peña & Bedore, 2009 for oversikt).

Angående språkblanding ble det funnet ut at barn blander mer på ikke-dominerende språket, og oftere i samtaler enn i fortellinger. Både pragmatiske og grammatiske regler i språkblanding hos tospråklige barn med SSV viser seg å være aldersadekvate (Paradis et al., 2011).

De fleste empiriske studier registrerer like vanskeprofiler hos en- og tospråklige barn med når det gjelder både språkvansker og språkforsinkelser. Det viktigste er at det ikke har blitt registrert noe språklige avvik som kunne ha vært relatert til tospråklighet alene (Peña & Bedore, 2009). Disse funnene stemmer overens med teoriene om simultan- og suksessivtospråklig utvikling. For eksempel viste barna med like utviklete ferdigheter på begge språk viste tilsvarende like vanskemønstre på hvert av sine språk (ibid).

2.4.1 Kan barn med språkvansker bli tospråklige?

Tospråklighet blir ofte ansett som belastning for barn med språkvansker, uansett om vanskene er primære eller sekundære. Studier fra USA, Canada, Australia og andre land viser at foreldrene har blitt rådet av fagfolk til å bruke bare ett språk og ”effectively arrest their children’s bilingual development”(Paradis, 2007; Paradis et al., 2011, s.207).

Det er flere teorier som danner grunnlag for slike holdninger. Deriblant er ”the monolingual view of bilingualism” (Baker, 2006; Grosjean, 1989) og den ovennevnte *limited capacity hypothesis* (Macnamara, 1969). Oppfatningen av et tospråklig individ som to enspråklige i en person stiller urimelige krav til individets ferdigheter på begge språk. I dag ser man bort fra ideen av balansert tospråklighet som betraktes mer som ”[...] an artifact of a theoretical perspective which takes the monolingual as its point of reference” (Romaine, 1995, s.19). Det er godt dokumentert at tospråklige kan ikke ha samme ferdigheter på alle språkområder og i alle språkmodaliteter (ibid). Bialystok (2001) poengterte i den forbindelse at ”no bilingual is ever equally competent in both languages”(Bialystok, 2001, s.10). Av samme grunn blir det mindre aktuelt å snakke om ”halvspråklighet” eller semilingualism (Baker, 2006; Grosjean, 1989; Skutnabb-Kangas, 1981).

Nyere forskning på skjæringspunktet mellom tospråklighet og språkvansker bekrefter at tospråklig oppvekst ikke har negativ innvirkning på barnets språkutvikling og ikke fører til videre svekkelse i språklig fungering hos barn med SSV (Paradis et al., 2011). Mogford og Bishop (1993) konkluderer med at spesielle miljøbetingelser inkludert tospråklig oppvekst alene ikke kan regnes som årsak til språkvansker. Tospråklighet anses ikke som en årsak til språkforsinkelse. De fleste tospråklige barn utvikler seg normalt på begge språk, og de med

språkvansker pleier å være like forsinket i begge språk (Sundby, 2002). Spørsmål om hvorvidt familien kan fortsette å kommunisere på to språk eller å melde barnet på et tospråklig opplæringstilbud dukker opp stadig i en multikulturell rådgivning (Paradis, 2007; Paradis et al., 2011). Ekspertene som svarer tar utgangspunkt i at tospråklighet er "[...] certainly within the capacity of children with SLI" (Paradis et al., 2011, s.208) og at det er ingen grunn til å fraråde familier deres tospråklige kommunikasjonsmønster (De Houwer, 2005; Paradis et al., 2011; Salameh, 2008).

I dag er det bred enighet om at netopp tap av tospråklighet er en faktor som kan føre til flere negative konsekvenser for både tospråklige barn og familier.

Vygotsky hevdet allerede i 1930-årene at "læring av to språk er en særegen form for barns utvikling" (Vygotsky, 2006, s.395). Slik fremhevet han den uløselige forbindelsen mellom språkene innenfor barnets personlighet. Følgelig vil det å ta bort ett av språkene vil uunngåelig påvirke barns helhetlige utvikling.

For suksessivtospråklige barn med SSV er det vesentlig å opprettholde og støtte utviklingen av S1. Dette bidrar til å sikre en effektiv og naturlig kommunikasjon mellom foreldre og barn og støtter barns kognitive utvikling. Mister barnet sitt hjemmespråk, blir denne viktige kommunikative støtten ødelagt (Baker, 2006). Å gi opp tospråklighet anses som særdeles tyngdende for familier som opererer på to språk og der foreldre ikke vil gi opp sitt morsmål. Det er klart at en avgjørelse om å gi opp eller å opprettholde tospråklighet kan ikke bli tatt i uvitenhet.

Nå som det er dokumentert at barn er godt utrustet for å lære seg flere språk, ble temaet om ulemper ved tospråklighet byttet om til en diskusjon om hvordan man kan legge til rette for mer vellykket tospråklig oppvekst (Cummins, 2000; Egeberg, 2008; Paradis et al, 2011; Salameh, 2008; Tokuhama-Espinosa, 2001).

2.4.2 Betydning av språklig eksponering

Omfanget av og kvaliteten på eksponering for språk så vel som aktiv bruk av språket har avgjørende betydning for barns tospråklig utvikling (Baker, 2006; Peña & Bedore, 2009; Paradis et al., 2011; De Houwer, 2005, 2009). Informasjon om eksponeringstiden kan bidra til mer presis identifisering av vansker ved å utelukke manglende språkkunskaper forårsaket av for lite praksis. Pearson (2009) understreker at unge barn (inntil niårsalderen), uansett om de er simultan-eller suksessivtospråklige, lærer to språk "in the implicit manner characteristic of

first language acquisition” og derfor kan tilegne seg språkene naturlig og uten formell læring forutsatt at de vokser opp under en rikelig eksponering for to språk (Pearson, 2009). Paradis et al. (2011) foreslår å betrakte eksponering for språk (”language exposure factors”) som et eksklusjonskriterium ved utredning av SSV hos tospråklige barn.

2.5 Helsestasjonstjenesten i Norge

Forebyggende virksomhet skal motvirke utvikling av svak kompetanse på de viktigste utviklingsområder inkludert språk (Hagtvet & Horn, 2008). Tidlig forebygging står sentralt blant tiltak rettet mot styrking av språkferdigheter blant minoritetspråklige barn i førskolealderen (KD, 2006).

Helsestasjonstjenestens virksomhet i Norge er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24.06.2011 (HOD, 2011) og Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten av 04.03.2003 (HOD, 2003). Virksomheten arbeider tverrfaglig og kan ved behov henvise til pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), spesialistleger og andre tjenester (Nordhuus, Ree, 2002, SHdir, 2004). I denne oppgaven settes fokuset på *helsestasjon for barn* som ”del av kommunehelsetjenesten som utøver planmessig helsefremmende og forebyggende helsearbeid rettet mot barn 0-6 år” (Nordhuus & Ree, 2002, s.11).

Sentrale fagpersoner i helsestasjonstjeneste er helsesøster, lege, jordmor og fysioterapeut (ibid). Per 2011 omfattet Norges helsestasjons- og skolehelsetjeneste 3747 årsverk, og av dette utgjorde helsesøstre 2069 årsverk (SSB, 2012). Gjennomsnittlig antall helsesøstre i Norge per 2009 er 56,8 årsverk per 10 000 innbyggere (SSB, 2012.) *Helsesøster* er en ”autorisert sykepleier med godkjent helsesøsterutdanning” (ibid, 2002, s.12). Helsesøstres yrkesutøvelse er regulert av Lov om helsepersonell av 02.07.1999 (helsepersonelloven) (HOD, 1999) . Arbeidsoppgavene omfatter veiledning, rådgivning og helseopplysning, helseundersøkelser og vaksinasjon samt utvidet støtte og hjelp for de familiene som har behov for det (SHdir, 2004). Helsesøster er den eneste profesjonen som har en videreutdanning spesifikt rettet mot målgruppen barn og unge 0 til 20 år og jobber innenfor fagområdene helsefremmende og forebyggende arbeid på arenaen helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Ersvik & Østli, 2012).

2.5.1 Helsesøsterutdanningen

For å kunne bli tilsatt i helsesøsterstilling, må vedkommende ha helsesøsterutdanning, som er en 60-poengs videreutdanning for autoriserte sykepleiere. Helsesøsterutdanningen ble etablert i 1947 i statens regi i Oslo. I Norge i dag er det åtte helsesøsterutdanninger på ulike nivåer (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2013). Fra høsten 2011 har Høyskolen i Bergen og

Universitet i Tromsø et tilbud om master i helsesøsterfag (NSF, 2013). Helsesøstre med grunntutdanning i sykepleie med autorisasjon og fullført helsesøsterutdanning kan oppnå en spesialistgodkjenning (NSF, 2013).

”Rammeplan for helsesøsterutdanningen” (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005) angir målområder og bestemmer innholdet i denne videreutdanningen i Norge.

Utdanningsinstitusjonene står fritt til å utforme egne utdanningsplaner innenfor rammer angitt av rammeplanen. Hvorvidt barns språkutvikling og flerspråklighet er dekket i de respektive utdanningsinstitusjonens fagplaner, vil derfor variere (HiB, 2012; HiOA, 2012) .

Det står ingenting eksplisitt om språk eller språkutvikling i rammeplanen, men det kan antas at dette temaet finnes under hovedemnet *Individ, samfunn og helse* som belyser ulike aspekter ved barn og unges vekst og utvikling. Ett av temaene under hovedemnet

Helsesøstertjeneste og yrkesutøvelse er helseundersøkelse der språkutvikling inngår som tema ved både to- og fireårskontroll (SHdir, 2006a, Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Flerkulturelt perspektiv på familie og barndom er et av åtte sentrale temaer under hovedemnet *Psykologiske, sosiologiske og sosialantropologiske emner* (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Jeg har undersøkt pensumlitteratur i utdanningen og fant to bøker som blant andre temaer belyser barns språkutvikling og flerkulturell oppdragelse (Grøholt et al., 2001, Haga, 2006).

2.5.2 Undersøkelse av tospråklige barns språk på helsestasjon

Blant helsesøstres arbeidsoppgaver er undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn (SHdir, 2006). Språk og språkutvikling er ett av mange samtaleområder som skal tas opp med foreldrene i tillegg til rutinemessige undersøkelser (Haga, 2006; SHdir, 2004). På helsestasjonen gjennomføres *screeningsundersøkelse* av hørsel, syn og språk definert som ”helseundersøkelse av en befolkningsgruppe ved hjelp av standartiserte prosedyrer” (Nordhuus & Ree, 2002, s.18). Screening av barns språk er anbefalt å bli gjennomført ved to- og fireårskontroll (SHdir, 2006).

I vurderingen av barns språk går helsestasjonene ut fra nasjonale faglige retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn (SHdir, 2006a). Faglige retningslinjer er bygget på oppdatert faglig kunnskap og gir uttrykk for hva anses som god praksis på det aktuelle tidspunktet. Retningslinjene er å oppfatte som anbefalinger og råd og ikke er bindende, men styrende for mottakeren. ”Ved å følge oppdaterte faglige retningslinjer vil

fagpersonell bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket” (SHdir, 2006a, s.39).

Ved vurdering av alle barns språk på helsestasjon anvendes det *indirekte* og *direkte* screeningsprosedyrer, blant annet spørreskjema for foreldre og observasjon (systematisk og/eller tilfeldig) (SHdir, 2006b). Undersøkelsen støtter seg til både foreldrenes uttalelser og helsesøstrenes subjektive vurdering. Retningslinjene legger stor vekt på foreldrenes vurdering av barns språk og refererer til forskning som viser at foreldre og helsesøstre gir sammenfallende vurderinger av barns språk, blant annet ved toårskontroll (SHdir, 2006b). Foreldre kan imidlertid ofte overse forståelsesvansker hos barn. Deres bekymring gjelder vansker knyttet til språkproduksjon og uttale, mens forståelsesvansker ikke kommer så tydelig frem. Helsesøstre bør derfor allikevel gjennomføre en språkundersøkelse for å sjekke både språkforståelse og språkproduksjon hos barn, for deretter å sammenligne sine vurderinger med foreldrenes utsagn (SHdir, 2006b).

I en generell helseundersøkelse av barn anbefales det å gjennomføre systematisk observasjon av kommunikasjon, språkforståelse og talespråk (SHdir, 2006b). Resultatene av en tilfeldig observasjon kan bli upålitelige, hvilket kan føre til usikkerhet og gi utslag i form av ”vente og se- holdning” (ibid). Derfor satses det på systematisk observasjon som er begrunnet i en forståelse for hva som er normalt og forventet på ulike utviklingstrinn. Systematisk tilnærming reduserer helsesøsterens subjektive vurdering og gir grunnlag for ny observasjon eller henvisning (ibid).

I retningslinjene (SHdir, 2006a) understrekes det at barn med fremmedspråklig bakgrunn trenger et godt utviklet morsmål som har ”en egenverdi og tett knyttet til barnets følelsesliv og personlighetsutvikling” (SHdir, 2006a, s.14). Dette er i tråd med nyere forskning, som argumenterer for å opprettholde tospråkighet i familier (Cummins, 2000; Bialystok, 2001; Peña & Bedore, 2009; Salameh, 2008).

2.5.3 Observasjonsverktøy SATS og SPRÅK 4

Det nevnes ikke en spesielt utviklet og anbefalt metode som kan brukes ved språkundersøkelse av tospråklige barn på helsestasjon, men stadig flere helsestasjoner tar i bruk observasjonsmetodene SATS og SPRÅK 4 som er anbefalt til bruk ved to- og fireårskontroll (SHdir, 2006a).

Ved hjelp av SATS (Screening Av Toåringers Språk) sjekker man barns språkforståelse som forventes å være godt utviklet hos toåring (Horn & Hagtvatn, 2005). Vurdering av barns

språkforståelse som gir et substrat for videre utvikling av ekspressive språk, har langt større betydning i førskolealder enn man tidligere har trodd (Espenakk et al., 2007; SHdir, 2006a). Når det gjelder tospråklige barn, brukes SATS i utgangspunktet på familiespråket, og foreldre eller tolk hjelper med å sjekke barnets språkforståelse (SHdir, 2006a). Hvordan kartleggingen gjennomføres, avhenger av barnets språkkompetanse på sine språk. Under observasjonen vurderes barnets forståelse, oppmerksomhet og samspill. Ved språkforsinkelse, mangelfull interaksjon eller foreldrenes bekymring tas barnet inn til en ny observasjon. Ved mistanke om språkvansker bør barnet henvises til videre utredning (Horn & Hagtvat, 2005).

SPRÅK 4 (Horn & Dalin, 2004) er i dag et anerkjent systematisk observasjonsverktøy som brukes for kartlegging av hovedtrekk ved fireåringers språk. Ved hjelp av verktøyet kan man skape et helhetlig inntrykk av barns språkutvikling i fireårsalderen. Språk 4 sjekker utviklingen på viktige områder som språkforståelse, korttidsminne, billedforståelse, artikulasjon, samt underliggende egenskaper som oppmerksomhet og samspill (SHdir, 2006a). Ved tegn på språkvansker anbefales det å henvise barnet til videre språkutredning (ibid). Ved gode norskferdigheter hos barnet gjennomføres SPRÅK 4 på norsk. Når barnet ikke kan norsk, kan SPRÅK 4 brukes for å kartlegge barnets morsmål ved hjelp av foreldre eller tolk (Horn & Dalin, 2008).

Bruk av SPRÅK 4 i norske kommuner og spesielt i kartlegging av minoritetsspråklige, er et svært omfattende tema. SPRÅK 4-prosjektene i regi av IMDi (Integrerings- og Mangfoldsdirektoratet) ble gjennomført i tolv kommuner i perioden 2006-2008, og syv kommuner førte prosjektet videre i 2009 (Dalin & Strand, 2007/08/09; Oxford Research, 2008). Fra 2006 til 2009 ble 43 624 fireåringer kartlagt med SPRÅK 4 gjennom forsøksordningen, og av disse var 10 062 barn flerspråklige (IMDi, 2009). Det er blitt gjort mye for å implementere observasjonsverktøyet og gjøre det til en permanent del av fireårskontrollen. Kartlegging av tospråklige barn med SPRÅK 4 i prosjektet ble gjort ved hjelp av oversatte kartleggingskjemaer, tolk/oversetter, norsk skjema og foreldre som oversettere (IMDi, 2009). Per mars 2008 var SPRÅK 4 oversatt til seks språk (Dalin & Strand, 2007/08/09).

Oxford Research (2008) har registrert at helsesøstre i en del tilfeller oppfattet manglende norskkunnskaper som ensbetydende med manglende språkutvikling for flerspråklige barn, og dette så ut som likhetstegn mellom manglende norskkunnskaper og språkvansker. Det ble også registrert et behov for et redskap som kunne hjelpe helsesøsterne til å avdekke manglende norskkunnskaper hos flerspråklige barn.

Det er mye usikkerhet rundt språkkartlegging av tospråklige barn på helsestasjon. Denne er knyttet til varierende språkforståelse hos barn og foreldre og bruken av de vanlige utredningsmetodene (Egeberg, 2008). Språklige og kulturelle forskjeller i målgruppen blir ofte forvekslet med språkvansker og kognitive avvik (Pihl, 2005; Aagaard, 2010; Peña & Bedore, 2009). Språkkartlegging på helsestasjon kan være en komplisert oppgave, også fordi all karteleggingsmateriell er forbeholdt enspråklige barn (Oxford research, 2008).

2.5.4 Rådgivning og veiledning på helsestasjon

Rådgivning handler om "[...] å hjelpe mennesker som søker hjelp til å hjelpe seg selv" (Lassen, 2002, s. 19). I faglitteraturen betraktes både rådgivning, konsultasjon og veiledning som "pedagogisk virksomhet der hensikten er å sette de som søker hjelp, i bedre stand til å hjelpe seg selv" (Johannessen, Kokkersvold & Vedeler, 2010). Det er glidende overganger mellom begrepene, og rådgivning brukes både som paraplybetegnelse og begrep sideordnet med konsultasjon, veiledning, undervisning og andre metoder (ibid).

Veiledning innenfor helse-og sosialfag defineres som "[...] en planlagt pedagogisk prosess som er tilpasset brukernes forutsetninger og behov, og som legger til rette for at den som veiledes selv oppdager og lærer" (Nordhuus & Ree, 2002, s.19). Veiledning av foreldre ved helsestasjonene er vesentlig førstelinjetjeneste (Lassen, 2002). Familier blir innkalt til regelmessige konsultasjoner der helsesøsteren *tilbyr* sin hjelp. Også har helsestasjon en lav terskel for henvendelser, slik at en familie aktivt kan *søke* hjelp.

Helsestasjonstjenesten fokuserer på metoder som kan bidra til å gjøre foreldre i stand til å selv kunne påvirke faktorer som fremmer trivsel, helse og mestring. Den sentrale arbeidsformen er *helsesamtale*, som fokuserer på å kartlegge behov, problemer og ressurser hos brukeren samt på å hjelpe vedkommende til å foreta valg (Nordhuus & Ree, 2002, s.11). Helsesamtalen foregår på brukerens premisser, og helsepersonell opptrer som samtalepartner og veiledere/rådgivere (ibid.).

Det finnes ulike syn og retninger når det gjelder rådgivning. I denne oppgaven er det aktuelt å gå veldig kort inn på dette.

Rådgivning og veiledning på helsestasjon tar utgangspunkt i salutogenese (læren om hva som gir god helse) og empowerment. Begrepene er oppgitt som temaer i fagplaner for helsesøsterutdanning som vektlegger utvikling av egen funksjon i forhold til ressurs- og løsningsorientert tilnærming og prinsippene i empowerment (HiOA, 2012). Empowerment anvendt som prinsipp betyr å styrke den som søker hjelp gjennom et rådgivningsarbeid som

vektlegger mestringsopplevelse og kompetanseutvikling hos alle aktørene (Lassen, 2008). Metoden bygger på økologisk systemteori som knyttes til U.Bronfenbrenner (referert i Johannessen et.al., 2010). Helsesøsteren må kunne vurdere barn og unges fysiske og psykososiale utvikling i et økologisk perspektiv og iverksette helsefremmende og forebyggende tiltak basert på disse vurderingene (HiOA, 2012).

Helsestasjonenens rådgivnings- og opplysningsvirksomhet omfatter barns språkutvikling. Sosial- og helsedirektoratets faglige retningslinjer (SHdir, 2006a) legger grunnlag for helsesøstres arbeid med flerspråklige familier. I samarbeidet mellom Utdanningsdirektoratet, NAFO (Nasjonalt Senter for Flerkulturell Opplæring) og FUG (Foreldreutvalget for Grunnopplæringen) ble det utarbeidet en veiledningshefte til flerspråklige familier og ansatte i barnehager og på helsestasjoner (Udir, 2006).

Å bevisstgjøre tospråklige foreldre om viktigheten av å bruke sitt eget morsmål overfor sine barn, anses som en viktig oppgave. For det første understrekes det at barn med fremmedspråklig bakgrunn trenger et godt utviklet morsmål som har ”en egenverdi og tett knyttet til barnets følelsesliv og personlighetsutvikling” (SHdir, 2006b, s.14). For det andre skal et godt utviklet hjemmespråk danne grunnlag for at barnet skal lære seg norsk. Helsesøstre er anbefalt i samarbeid med foreldre å lage en plan på hvordan norsk språk skal stimuleres i alderen fra to til fire år.

Det stilles høye faglige krav til rådgivning på helsestasjonen som ”må baseres på best mulig dokumentert kunnskap, ikke bare på den enkelte helsearbeiders personlige skjønn og overbevisning” (SHdir, 2006a).

Samarbeid mellom foreldre og helsestasjon bidrar til å skape gode premisser for barns språkutvikling og sikre barn tilstrekkelig språkstimulering. Når det gjelder tospråklige familier, er samarbeidssituasjonen avhengig av kulturelle faktorer og sosioøkonomiske forhold (Egeberg, 2008; Paradis et al., 2011; M.Øzerk, 2008). I vurdering av språk hos tospråklige barn, og særlig i kommunikasjon med familien, må man ta i betraktning kulturellrelaterte variasjoner i synet på språkutvikling hos barn og på omgivelsenes ansvar for barns språkutvikling (Paradis et al., 2011; Salameh, 2008). Disse variasjonene kommer til uttrykk i hvordan man forstår og utformer den språklige sosialiseringen i forskjellige kulturer. Når og hvordan man introduserer barn for skriftspråket og lesing har også stor betydning. Jeg har ikke planlagt å gå dypere inn på kulturelle aspekter ved rådgivning på helsestasjon i denne oppgaven.

3 Metode

3.1 Kvantitativ og kvalitativ metode

Kvantitative metoder søker å studere fenomener gjennom å beskrive, kartlegge, analysere og forklare dem ved å uttrykke problemfeltet med variabler og statistiske størrelser (Befring, 2007; Gall et al., 2007). Denne type forskning tar sikte på å innhente ”sammenliknbare opplysninger om et større antall enheter, uttrykke disse opplysningene i form av tall, og foreta en statistisk analyse av mønsteret i datamatriksen” (Hellevik, 2002, s.110). Kvantitativ forskning legger vekt på formelle, strukturerte og standartiserte tilnærminger. Kvantitative metoder studerer store mengder av enheter: populasjoner og utvalg. Forskningsresultater presenteres i form av tall og kan generaliseres over til større populasjoner.

I kvalitativ forskning er det informantenes meninger, intensjoner og holdninger som står sentralt (Befring, 2007). Kvalitative metoder går i dybden på enkelte kasus.

Datainnsamlingsmetodene i kvalitativ forskning kjennetegnes av dynamisk samhandling mellom forskeren og informantene, og forskerens person blir et viktig instrument både i datainnsamling og tolkning av data (Kleven, 2011a). Resultatene i kvalitativ forskning presenteres i form av sitater og kan ikke generaliseres til en populasjon.

I dag er kvantitative og kvalitative metoder ofte sett på som supplerende i forhold til hverandre og kan dermed brukes i en og samme studie som ”mixed methods” (Befring, 2007; Gall et al., 2007; Hellevik, 2002; Kleven, 2011a).

I sitt valg av metode går forskeren ut fra hvilken av de to ovennevnte tilnærminger gir de beste mulighetene til å belyse den valgte problemstillingen (Kleven, 2011a). I denne undersøkelsen som søker å kartlegge helsestasjoners nåværende praksis, blir det benyttet kvantitativ metode som er mest egnet for å oppgavens tema og formål.

3.2 Design i undersøkelsen

Forskningsdesign i denne undersøkelsen kan beskrives som et ikke-eksperimentelt, empirisk-kvantitativt design (Befring, 2007). Det er planlagt å ta i bruk et *ekstensivt* forskningsopplegg hvilket forutsetter å samle inn store mengder data (variabler) om flere personer (Hellevik, 2002). Surveymetodikk som ”typisk uttrykk for en ekstensiv tilnærming” (Befring, 2007, s.35) blir benyttet i undersøkelsen.

Denne oppgaven søker å beskrive en virkelighet framfor å lete etter årsaker eller å påvirke den, derfor kan den defineres som en *deskriptiv* studie (Kleven, 2002b). Deskriptivt forskningsdesign er egnet når målet er å danne et detaljert og objektivt beskrivelse av et fenomen (Befring, 2007; De Vaus, 2002; Gall et al., 2007, Kleven, 2011a).

Statistiske metoder vil bli tatt i bruk i dataanalysen, der innsamlede data blir bearbeidet ved hjelp av SPSS-program (Statistical Package for Sosial Science). Sitater fra informantenes fritekstsvar vil bli tatt med i teksten som eksempler på helsesøstrenes egne meninger. Dette vil bidra til å danne en mer allsidig beskrivelse av helsestasjonens daglige praksis.

3.2.1 Survey-design

Surveydesign med en spørreundersøkelse som datainnsamlingsteknikk er benyttet i denne undersøkelsen.

"Surveymetodikken er særleg relevant for undersøking av sosiale fakta, meningar og holdningar i større utvalg og populasjonar. Det mest typiske for eit surveyopplegg er at det omfattar ei stor mengde data ved mange informantar (personar) og relativt mange opplysningar frå kvar enkelt informant (variablar)."

(Befring, 2007, s.43)

Survey er brukt til datainnsamlinger om fenomener som ikke er direkte observerbare: erfaringer, meninger, verdier og interesser (Gall et al., 2007). Spørreundersøkelser med bruk av spørreskjemaer er ofte brukt i survey på grunn av sin standariserte og strukturert utforming (Befring, 2007; Gall et al., 2007; Hellevik, 2002; Kleven, 2011a). På denne måten samles det inn like sett med data fra flere kasuser der dataene er sammenlignbare og strukturerte og kan analyseres etter en spesifikk logikk (De Vaus, 2002).

Blant fordeler ved å benytte et spørreskjema, er at det kan sendes til en stor antall personer og respondentene kan være geografisk spredt. En ulempe er at man ikke kan instruere informanter eller oppklare spørsmål. Kravene til klarhet og entydighet i ordbruk og formuleringer i spørreskjema er knyttet til reliabilitet ved en undersøkelse. Det at spørsmål må være formulert slik at de måler det man har tenkt at de skal måle, har sammenheng med undersøkelsens validitet (De Vaus, 2002).

3.2.2 Internettssurvey

Spørreskjema i denne oppgaven ble administrert elektronisk som en internettssurvey eller CASI (Computer-Assisted Self Interview) (De Vaus, 2002). Fordelene ved en internettssurvey er at den er miljøvennlig, økonomisk og tidsmessig lite ressurskrevende. En elektronisk spørreundersøkelse kan bearbeide data fra en ubegrenset antall respondenter. Bruk av elektroniske spørreskjemaer gir også bedre mulighet til å sikre informantenes anonymitet enn post- eller telefonundersøkelser (De Vaus, 2002).

Tjenesten Nettskjema ved Universitetets senter for informasjonsteknologi (USIT) ved Universitetet i Oslo (UiO, 2010a) ble benyttet i utforming og administrering av spørreskjemaet. Nettskjema er en av administrative IT-tjenester ved UiO og benyttes av autoriserte brukere for å opprette, kopiere, beskrive og vedlikeholde elektroniske skjemaer (UiO, 2010a, UiO, 2012). Nettskjema sikrer høy grad av nettsikkerhet, noe som er meget viktig (De Vaus, 2002). Tjenesten følger reglene for IT-sikkerhet ved Universitet i Oslo (UiO, 2010b).

Det er imidlertid noen spesifikke ulemper som er knyttet til internettssurvey. Begrenset tilgang til Internett blant informantene er en faktor som fører til samplingfeil (De Vaus, 2002). I denne undersøkelsen var en slik sannsynlighet minimal. Avgjørelsen om å benytte elektronisk spørreskjema ble tatt på bakgrunn av at Norges helsesøstre bruker datamaskin som arbeidsverktøy og har tilgang til internett og epost på arbeidsplassen.

Det er en rekke utfordringer ved en internettssurvey knyttet til å få tilgang til informantenes epost adresser, frivillig deltakelse, umulig tilbakeføring og mangel på oversikt over hvem er det som faktisk svarer (De Vaus, 2002; Kleven, 2011f). Disse faktorene er med på å skape problemer med å oppnå representative utvalg i elektroniske spørreundersøkelser (De Vaus, 2002). Sammenheng mellom de ovennevnte faktorene og resultatene av denne undersøkelsen blir drøftet i oppgavens siste kapittel.

3.3 Populasjon og utvalg

Med populasjon menes i statistikken et sett av enheter som utvalget er tenkt å representere (De Vaus, 2002). Utvalget er det utsnittet av populasjonen man faktisk skal undersøke (Befring, 2007). Ett av målene i en kvantitativ forskning er å kunne generalisere eller med

sikkerhet å fortelle noe om en bredere populasjon med et utgangspunkt i resultater av en mindre studie (De Vaus, 2002). Statistisk generalisering estimerer sannsynligheten for at resultater man finner i utvalget vil gjelde for en populasjon. For at resultatene av undersøkelsen skal kunne generaliseres til en større populasjon må utvalget være representativt (De Vaus, 2002, Gall et al., 2007, Hellevik, 2002). At et utvalg er representativt innebærer at det har egenskaper som er relevante i forhold til undersøkelsens teoretiske perspektiver. Et utvalg kan bli trukket av populasjoner på flere måter, og dette spiller en viktig rolle i forhold til representativitet og generaliseringsmuligheter.

Ved *sannsynlighetsutvelging* har alle mulige utvalg en kjent sannsynlighet for å bli trukket fra en populasjon (Hellevik, 2002). *Ikke-sannsynlighetsutvelging* betyr at det ikke foreligger en kjent, ikke-null sannsynlighet for at et individ i populasjonen vil bli trukket i utvalget (Lund, 2002b). Når forsker vurderer hvem som skal representere populasjonen ut fra bestemte egenskaper, blir utvalget ikke-tilfeldig, men pragmatisk eller formålstjenlig, og dermed mindre representativt (Befring, 2007, De Vaus, 2002).

Det er kjent at spørreskjemaundersøkelser med frivillig deltakelse har en lav svarprosent fordi mange personer ikke har lyst til å svare. Det kan iblant registreres vesentlige forskjeller mellom personer som deltar i en undersøkelse og de som ikke svarer, noe som fører til skjevhet i utvalget (De Vaus, 2002; Kleven, 2011f). Ved en lav deltakelse er det usikkert om det endelige utvalget fortsatt er et sannsynlighetsutvalg. Ifølge T.Kleven (2011f) kan en som har gjennomført prosedyrer for et sannsynlighetsutvalg allikevel få et ikke-sannsynlighetsutvalg. Man kan fortsatt håpe på at utvalget er representativt for de som frivillig har besvart spørreskjemaet. Muligheten til statistisk generalisering så vel som ytre validiteten i undersøkelser ved slike utvalg blir betydelig svekket.

3.3.1 Undersøkelsens populasjon og utvalg

Populasjonen i min undersøkelse var helsesøstre i norsk helsestasjons- og skolehelsetjeneste som er ansatt på helsestasjoner og jobber med barn fra 0 til 5 år. Den opprinnelige ideen var å trekke ut et klyngeutvalg. Det ble foretatt totrinns klyngeutvalg der jeg tilfeldig trakk noen få fylker, og fra disse noen få kommuner og bydeler (Lund, 2002b). Det var planlagt å få alle helsesøstre i de utvalgte kommunene til å delta i undersøkelsen.

E-postadresser til de enkelte helsesøstre er ikke tilgjengelig for publikum. Jeg hadde derfor ingen anledning til å sende invitasjonen direkte til informantene. Jeg henvendte meg derfor til de utvalgte kommunene og bydelene. Personlig kontakt med informantene eller deres

nærmeste overordnede på forhånd kan formodentlig bidra til å sette et personlig preg på en undersøkelse og dermed til å øke sjanser på deltagelse (De Vaus, 2002; Gall et al., 2007). Jeg fant ut at forespørselen skulle drøftes med en ledende helsesøster. Ledende helsesøstre har et overordnet ansvar for helsestasjonstjenesten i kommunene. Kontakt med disse viste at ikke alle kommunene hadde kapasitet til å delta i undersøkelsen. Men de lederne som hadde stilt seg positive til deltakelsen tok imot og videresendte min invitasjon til de aktuelle helsesøstre i sine kommuner.

3.4 Datainnsamlingsteknikk i undersøkelsen

3.4.1 Om delene i spørreskjemaet

Spørreskjemaet som benyttes i denne undersøkelsen (Vedlegg 1) inneholder 37 spørsmål med flere kommentarfelt. Det er ingen fasit på hvor lang et spørreskjema skal være, og man vet lite om fordeler og ulemper ved lengden på spørreskjemaet (De Vaus, 2002). Det er en autoritær mening at "[...] the more specialised the population and more relevant the topic, the longer the questionnaire can be" (Dillman, 2000). Mitt spørreskjema var adressert til helsesøstre som fagpersoner. Hensikten med spørreskjemaet har vært å samle inn data om ulike sider ved deres virksomhet som er relatert til tospråklighet og språkvansker. Ut fra dette synes jeg at spørreskjemaet neppe kunne vært kortere enn det er.

Spørsmålene er fordelt i fem bolker etter hovedtemaer:

- Bakgrunnsinformasjon
- Tospråklighet og språkvansker
- Kartlegging av tospråklige barns språk
- Veiledning og rådgivning
- Kunnskapsutveksling og tverrfaglig samarbeid

Å dele opp spørreskjemaet etter temaer, bidrar til struktur, sikrer logisk flyt i besvarelsen (De Vaus, 2002) og gjør det mer oversiktlig og ryddig for respondentene. De innsamlede dataene i hver av delene vil bidra til å danne en helhetlig og systematisk beskrivelse av helsestasjonens arbeid på dette feltet. På en annen side avspeiler inndelingen disposisjonen i oppgavens teoretiske kapittel. Oppgavens problemstilling vil derved bli belyst både gjennom teorien og resultatdataene fra spørreundersøkelsen (De Vaus, 2002).

Det anbefales å skille mellom fem ulike typer innhold i spørsmålene: *atferd, meninger, kunnskaper, holdninger og attributter* (Dillman, 1978). Jeg har forsøkt å følge dette prinsippet i oppgaven og var klar over hensikt og funksjon ved ethvert spørsmål i spørreskjemaet.

Bakgrunn

Den første delen av spørreskjemaet tar for seg attributter, det vil si bakgrunnsvariablene kjønn, alder, bosted, utdanning og antall år som helsesøster. Spørsmål om hvorvidt tospråklig og språkvansker hos barn er en del av helsesøstrenes utdanning var også inkludert. Det siste spørsmålet innhenter data om yrkessammensetning på respondentens helsestasjon. Dette er for å se om det finnes muligheter for språkrelatert tverrfaglig samarbeid på helsestasjonene.

Spørsmålene i de øvrige delene av spørreskjemaet er direkte knyttet til helsesøstrenes hverdag. Gjennom å spørre om hva og hvordan helsesøstrene utfører sitt arbeid i hverdagen, hva de erfarer og ser i møtet med tospråklige familier, har jeg forsøkt å få tak i deres *atferd, kunnskaper, meninger og holdninger*. Spørsmålene er gruppert rundt ulike arbeidsoppgaver slik at det blir mer oversiktlig for informantene å svare. Operasjonaliseringer av forskningsspørsmål går på tvers av delene i spørreskjemaet.

Tospråklig og språkvansker

Denne delen begynner med et spørsmål *Hvor ofte har du tospråklige familier til konsultasjon?* Dette er et faktaspørsmål som speiler informantenes erfaring med tospråklige familier da erfaringen er proporsjonell med antall utførte konsultasjoner. Videre stilles spørsmål angående hvor ofte spørsmål om forsinket språkutvikling dukker opp på konsultasjoner og hvor ofte helsesøstre selv opplever at tospråklige barn er forsinket i språket eller viser bekymringstegn. Altså blir det forsøkt å se på situasjonen fra flere sider. Når man spør om tegn på språkvansker, er det logisk og nødvendig å konkretisere hvilke trekk ved barns tale som blir ansett av helsesøstrene som tegn på språkvansker. Denne informasjonen ble valgt å innhentes gjennom flervalgsspørsmål: *Hvilke bekymringstegn blir du oppmerksom på når du vurderer tospråklige barns språkutvikling?* I teorikapittelet ble det redegjort for bekymringstegn som relateres til sen og avvikende språkutvikling.

Svaralternativene ble utarbeidet med utgangspunkt i språklige milepæler formulert av Berk (2009) og bekymringstegn nevnt som fremtredende i faglitteratur (Espenakk et al., 2007; Grøholt et al., 2001; Haga, 2006; Karlsen, 2006; Ottem & Lian, 2008; Platou, 2011; Rygvold, 2008b). Svarkategoriene inkluderer både språkforståelse og språkproduksjon samt språkblanding siden det gjelder tospråklige barn. For å besvare dette spørsmålet, ville

helsesøstrene måtte støtte seg til egne observasjoner av barns norskferdigheter så vel som samtale med foreldre i forhold til barnets første språk. Det faglige innholdet i spørsmålene øker gradvis. Spørsmålet ”*Hvor vanskelig er det etter din mening å skille mellom språkvansker og manglende norskferdigheter hos tospråklige barn?*” etterlyser informantenes mening og refleksjon.

Kartlegging av barns språk

Å vektlegge undersøkelser av språk på helsestasjoner anbefalt, men ikke pålagt (SHDIR, 2006a). Rutiner rundt språkundersøkelsen, eller *språkscreeningen* særlig når det gjelder tospråklige barn, varierer fra helsestasjon til helsestasjon (SHDIR, 2006b). Det var derfor av interesse i denne undersøkelsen å få en oversikt over hvorvidt dette gjøres av helsesøstre i utvalget og eventuelt hvordan. Det første spørsmålet – ”*Gjør du noe annerledes når du kartlegger språk hos tospråklige barn?*” har *ja* og *nei* som svaralternativer og et kommentarfelt der helsesøstre selv kan formulere hva netopp de gjør annerledes. Den innhentede fritekstinformasjonen er planlagt drøftet opp mot faglige retningslinjer for undersøkelse av språk (SHDIR, 2006a). Øvrige spørsmål i denne delen dreier seg om bruk av observasjonsverktøyene SATS og Språk 4 på tospråklige barn. Det spørres om informantenes mening om at Språk 4 er et egnet verktøy for å sjekke språkferdigheter hos tospråklige barn som ikke behersker norsk godt. De siste fire spørsmålene innhenter informasjon rundt kartlegging av morsmål hos tospråklige barn. Det brukes konsekvent begrepet *morsmål* i spørreskjemaet. Begrepet er stabilt, kjent for og likt forstått av informantene.

Rådgivning og veiledning

Del fire etterlyser en dypere innsikt i språkorientert rådgivning og veiledning på helsestasjon. Kommunikasjon mellom fagfolk og foreldre tar utgangspunkt i hva begge sidene mener om barnets språk. Helsesøstrenes kunnskapsnivå så vel som foreldrenes forventninger og bekymringer spiller avgjørende rolle i hvordan rådgivningen skal foregå. Man vet at syn på språkutvikling og språkbruk er kulturelt betinget og at det er ulike kommunikasjonsmønstre i flerspråklige hjem (Paradis et al., 2011; Romaine, 1995; Tokuhamma-Espinosa, 2001). Spørsmålene i spørreskjema ble stilt på generelt grunnlag. De fire innledende spørsmålene i denne delen dreier seg om hvordan helsesøstre opplever tospråklige foreldres forhold til sine barns språkutvikling. Det er spurt om hvor ofte deres egne observasjoner stemmer med foreldrenes vurderinger når det gjelder barns språkutvikling. Dataene er planlagt drøftet opp mot faglige retningslinjer (SHDIR, 2006a). I ett av spørsmålene er det forsøkt på en indirekte måte å innhente informasjon om informantenes fagkunnskap om temaet.

I denne delen av spørreskjemaet etterlyser jeg informantenes mening i forhold til bruk av morsmål i familier. Jeg har ønsket å se om helsesøstrene anbefaler å bruke ett eller begge språkene dersom barnet viste bekymringstegn. Det siste spørsmålet i denne delen er det åpne spørsmålet om råd som er gitt på helsestasjonen i slike tilfeller.

Kunnskapsutveksling og tverrfaglig samarbeid

Som det ble sagt tidligere i oppgaven, står tverrfaglig samarbeid sentralt i kommunal helsetjeneste. Mange kommuner satser på tverrfaglig samarbeid, og helsestasjoner jobber i kontinuerlig dialog med PPT, logopedtjenesten, barnehager og andre aktuelle instanser. Det ble allikevel ikke planlagt å gå noe dypere på dette i oppgaven. Hensikten med denne delen er blant annet å innhente informasjon om hvordan helsesøstrene ser på sin rolle som rådgiver for tospråklige familier og hvem de samarbeider med på dette feltet. Siden enhver rådgivning støtter seg til fagkunnskap, var det logisk å stille spørsmål relatert til helsesøstrenes egne kunnskaper. Spørreundersøkelsen var ikke en kunnskapsmåling, noe som kom frem i informasjonsskrivet ved spørreskjemaet (Vedlegg 2). Jeg har ikke planlagt å måle helsesøstrenes kunnskaper, men derimot ønsket å undersøke hva de selv mener om egne kunnskaper om temaet og hvorvidt de opplever egne kunnskaper om temaet som tilstrekkelige for å formidle dem videre til brukerne. Det er en rekke spørsmål som innhenter informasjon hvordan informantene holder seg oppdatert i forhold til temaene tospråklighet og språkvansker. Ett av spørsmålene oppfordrer informantene å ta stilling til sin rolle som språkrådgiver og eventuelt oppgi hvem ellers kunne eventuelt kan tatt denne. Det er også spørsmål rundt tverrfaglig samarbeid.

3.5 Operasjonalisering av forskningsspørsmål

Forskningsspørsmålene i oppgaven er et utgangspunkt for utforming av spørreskjemaet. Hvert forskningsspørsmål er operasjonalisert slik at et sett med spørsmål i spørreskjemaet vil gi et samlet svar på dette overordnede spørsmålet. Her ønsker jeg å gi eksempler på hvordan jeg gikk fram i operasjonaliseringen av forskningsspørsmål.

Det var av interesse i denne oppgaven å undersøke om helsesøstrene fraråder tospråklige familier deres tospråklig kommunikasjon. Forskningsspørsmålet *”Hva kjennetegner råd helsesøstre gir til tospråklige foreldre når deres barn viser tegn på språkvansker?”* ble operasjonalisert til å få en oversikt over hvilke konkrete råd som er gitt av helsesøstre til

målgruppen. Denne informasjonen var hensiktsmessig å innhente ved hjelp av et åpent spørsmål.

Operasjonaliseringen av forskningsspørsmål ”*Hvilke metoder og verktøy brukes av helsesøstre på helsestasjoner i vurdering av språkutvikling til barn fra tospråklige familier?*” omfattet flere spørsmål i alle deler av spørreskjemaet. Det ble aktuelt å få vite hvordan helsesøstre vurderer tospråklige barns språk ved to- og fireårskontroller, om de bruker observasjonsverktøyene SATS og SPRÅK 4. Videre var det spørsmål om hvorvidt barns morsmål blir kartlagt og på hvilken måte, og om helsesøstre innhenter informasjon om barns språkutvikling fra andre kilder. Målet var å finne ut om det var forskjeller i hvordan helsesøstre gjennomfører språkkartlegging hos en- og tospråklige barn.

Forskningsspørsmålet ”*Hvordan vurderer helsesøstre sin kunnskap om tospråklighet og språkvansker hos barn?*”? samlet informasjon om hvorvidt språkvansker og tospråklighet ble dekket i helsesøsterutdanningen, om informantene hadde behov for informasjon, om hvordan de vurderer sin egen kunnskap om tema og dens tilstrekkelighet for å utføre språkveiledning. Et objektivt bilde av informantenes kunnskaper om temaet ble dannet ved hjelp av indirekte spørsmål, ved at de måtte si seg enige eller uenige med ulike påstander om barns språkutvikling (Kleven, 2002a).

3.6 Utforming av spørsmål

Hensikten ved et spørreskjema er å innhente relevante data for å belyse problemstillingen i undersøkelsen. Et spørreskjema skal være uttrykk for både teoretisk tenkning og forståelse av dataanalyse (De Vaus, 2002).

Standartisert datainnsamling er med på å redusere tilfeldige feil og øke reliabiliteten ved en undersøkelse (Kleven, 2011d). Både spørsmål og svarkategorier i mitt spørreskjema har blitt systematisk utformet med hensyn til validiteten (De Vaus, 2002; Mordal, 2000). Det ble kun brukt begreper og uttrykk respondentene var kjent med. Det er anbefalt å lage korte, entydige spørsmål og bruke et enkelt språk (Kleven, 2011b), men dette er ikke alltid lett å gjennomføre. Krav om entydighet (De Vaus, 2002) i dette spørreskjemaet førte til at spørsmålene ble lengre enn man ville ellers hatt. For å unngå misoppfatninger og sikre en lik forståelse av spørsmål hos alle respondenter ble det konsekvent brukt betegnelser som ”tospråklige barns morsmål”, ”tospråklige foreldre”, ”å kunne gi informasjon, veiledning og råd”.

I min undersøkelse har jeg valgt å bruke flest lukkede spørsmål, både med ett eller flere faste svaralternativer. Flervalgsspørsmål er supplert med fritekstboksen ”*Dersom annet, vennligst spesifiser*”, der respondenten kunne angi sitt eget alternativ.

Spørreskjema med lukkede spørsmål er enklere og raskere for informanter å besvare.

Svaralternativene i dette spørreskjemaet er presentert hovedsakelig som graderte skalaer med seks trinn. Spørsmålene ble formulert lukkede spørsmål med ulike typer spørreord, for eksempel ”i hvilken grad”, ”hvor ofte” og lignende. Svaralternativene ble formulert på nytt i hvert spørsmål for å kunne få litt mer nyanserte svar. Jeg har valgt å ikke bruke alternativet ”vet ikke”. Spørreskjemaet var adressert til fagpersoner, og ”vet ikke” ville etter min mening virke forenklet. Variant ”ikke relevant” var foretrukket da den refererte til informantenes aktuelle erfaring. Jeg har forsøkt å lage et uttømmende sett med svaralternativer slik at enhver informant kunne finne et alternativ for seg (De Vaus, 2002).

3.6.1 Åpne og lukkede spørsmål

Spørsmål i spørreskjema kan være lukkede eller åpne. Ved lukkede spørsmål er svaralternativene forhåndsformulert og respondenten må velge mellom ett eller flere gitte alternativer. Ved å stille åpne spørsmål får forskeren direkte tilgang til informantenes tanker og meninger fordi svarene er fritt formulert av respondentene. Bruk av åpne spørsmål i en kvantitativ undersøkelse anses imidlertid å ha lite mening, da språklige nyanser en har vært ute etter vil forsvinne under gruppering og kategorisering i statistisk analyse (Kleven, 2011b). På en annen side er bruk av åpne spørsmål med på å utnytte sterke sider ved både kvalitativ og kvantitativ tilnærming (Hellevik, 2002). Man kan blant annet gi eksempler i sitatform eller analysere datamaterialet på en annerledes måte enn lukkede svar tillater å gjøre. I denne undersøkelsen har det blitt valgt å ha et åpent spørsmål om råd som gis av helsesøstrene til tospråklige familier der barn viser tegn på språkvansker. Det er også flere kommentarfelt i spørreskjemaet for at informantene kunne spesifisere sine svar på lukkede spørsmål. Målet ved dette var å innhente førstehåndsinformasjon.

3.7 Pretest

Det var gjennomført et pretest av spørreskjemaet før den første utsendelsen ble satt i gang. Jeg tok telefonkontakt med en erfaren helsesøster fra Akershus fylke og ba henne om å besvare spørreskjemaet og gi kommentarer til skjemaets omfang, formuleringer og diverse annet hun

syntes kunne vært lagt opp annerledes. Hun var veldig hjelpsom og gjorde denne jobben for meg. I etterkant drøftet vi spørreskjemaet per telefon.

Denne pretesten var svært nyttig. Det var viktig å få tilbakemeldinger på opplevelsen av spørreskjemaet. Drøftingen førte til presisering av enkelte spørsmål og mer formålstjenlig markering av obligatoriske spørsmål. De utdypende spørsmålene som inneholdte frasen ”Dersom du svarte ja på forrige spørsmål...” ble fjernet markeringen som obligatoriske. Et elektronisk spørreskjema aksepterer ikke utfylte skjemaer der ikke alle obligatoriske spørsmål er besvart. Systemet krevde at man skulle besvare et utdypende spørsmål etter at en hadde svart ”nei” på det forutgående. Problemet ble først oppdaget i pretesten, og dette bidro til en ryddigere organisering av spørreskjemaet.

3.8 Validitet og reliabilitet

For at forskningsproblemet skal bli belyst, er det viktig at de relevante slutningene har rimelig høy grad av sikkerhet eller validitet (Lund, 2002a). I all forskning er det sentralt å kunne ha tillitt til resultatene man får. Begrepene validitet og reliabilitet uttrykker graden av denne tillitten (Befring, 2007). Validitetsbegrepet beskriver hvor gyldig er den valgte måleprosedyren er, hvor godt den måler det den er ment å måle og hvor godt den belyser problemstillingen (Befring, 2007; De Vaus, 2002; Lund, 2011b; Mordal, 2000). I denne undersøkelsen vil validiteten vurderes ut fra hvorvidt spørreundersøkelsen har belyst hvordan helsesøstrene forholder seg til tospråklige familier til barn med mulige språkvansker.

3.8.1 Cook og Campbells validitetssystem

Cook og Campbells (1979) validitetssystem omfatter fire kvalitetskrav eller typer av validitet: *statistisk validitet*, *begrepsvaliditet*, *indre validitet* og *ytre validitet*. Et eget sett med trusler, eller mulige feilfaktorer som hindrer å oppnå valide slutninger er formulert for hver type av forskningsvaliditet (Lund, 2002a, s.110). Dette systemet ble utarbeidet for kausale undersøkelser, men deler av det er relevant også for beskrivende undersøkelser (Lund, 2002a). I deskriptive undersøkelser er statistisk validitet, begrepsvaliditet og ytre validitet aktuelle, mens indre validitet er irrelevant (ibid). I planleggingen av undersøkelsen er det viktig å ta hensyn til de relevante kvalitetskravene.

Statistisk validitet forutsetter at det er en sammenheng mellom uavhengig og avhengig variabel i en undersøkelse. Dersom det kan trekkes en holdbar slutning om at denne

sammenhengen er rimelig sterk og statistisk signifikant, har en kausal undersøkelse en god statistisk validitet (Cook & Campbell, 1979; Lund, 2002a). Denne undersøkelsen er ikke-kausal, så dermed skal slutninger i forhold til statistisk validitet ikke trekkes.

Ytre validitet innebærer at resultatene fra et utvalg kan ”generaliseres til og over relevante individer, situasjoner og tider” (Lund, 2002a, s.105). For å kunne generalisere funn over på populasjonen, må utvalget i forskningen være representativt (Lund, 2002a). I praktisk forskning er forutsetningene for statistisk generalisering sjeldent oppfylt, noe som tilsier å bruke skjønnsmessig generalisering i stedet (Kleven, 2011f).

Indre validitet er knyttet til tolkning av relasjoner mellom variablene slik de er operasjonalisert i undersøkelsen og den situasjonen undersøkelsen ble foretatt innenfor (Kleven, 2011e). Denne undersøkelsen er en kartleggingsstudie der det er umulig å få sikre årsaksslutninger som i rene eksperimenter (Kleven, 2011e). I denne undersøkelsen er det planlagt å studere sammenhenger mellom variablene ved hjelp av krysstabeller. På bakgrunn av dette vil det gjøres forsiktige årsaksslutninger. Alternative tolkninger av resultatene vil bli vurdert og drøftet.

For å undersøke **begrepsvaliditet** må man jobbe med både teori og data. Begrepsvaliditet forstås som ”grad av samsvar mellom begrepet slik det er definert teoretisk og begrepet slik vi lykkes med å operasjonalisere de indikatorene som benyttes” (Kleven, 2002a, s.172).

Spørsmål om begrepsvaliditet er knyttet til i hvilken grad forskeren har lyktes å operasjonalisere og måle begreper som er abstrakte og i prinsippet ikke målbare ved hjelp av ”synlige indikatorer” (Kleven, 2002a). Begrepsvaliditeten henger sammen med tolkning av målingsresultater, men ikke til selve måleinstrumentet, for eksempel test eller spørreskjema (Kleven, 2002a; Kleven, 2011d). Blant tiltak for å bedre begrepsvaliditeten nevnes det å forsøke å gjøre den enkelte målingen så valid som mulig samt å bruke ulike operasjonaliseringer på samme begrep - ”å nærme begrepet fra flere sider” (Kleven, 2002a).

Reliabilitet i kvantitativ forskning forstås som ”påliteligheten i målingen av de enkelte personer ved målingstidspunktet” (Kleven, 2011d, s.90). Den handler om i hvilken grad er resultatene i undersøkelsen er påvirket av tilfeldige målingsfeil (Kleven, 2011d). Ved vurdering av reliabilitet er det tre aspekter å ta i betraktning: stabilitet, ekvivalens og observatør/vurderer (ibid). Stabilitet handler om hvorvidt resultatene påvirkes av informantens dagsform eller andre forhold knyttet til informantene. Ekvivalens er knyttet til måten spørsmålene er formulert på. Vurdererreliabilitet dreier seg om hvorvidt forskerens

personlige valg eller tolkning påvirker resultatene (Kleven, 2011d). Reliabilitet har direkte innvirkning på begrepsvaliditeten. Det finnes to prinsipielt ulike måter å øke reliabiliteten på: den ene er å redusere tilfeldige feil, den andre er å neutralisere dem (Kleven, 2011d). For å oppnå det første anbefales det å standardisere datainnsamlingen. For å neutralisere feilene, anbefales det å bruke flere målinger av samme type, altså stille flere spørsmål om samme begrep og la dem oppveie hverandre (Kleven, 2002a).

3.9 Behandling av data

Statistisk analyse var planlagt gjennomført ved hjelp av dataprogrammet SPSS (Statistical Package for Sosial Science). Fritekstsvar og kommentarer var planlagt gruppert og kategorisert. Resultatene vil bli behandlet kvantitativt ved hjelp av Microsoft Excel og presentert i form av tabeller og grafiske fremstillinger. Noen mest interessante sitater vil bli tatt med i oppgaven som umiddelbare eksempler på informantenes meninger og synspunkter. Det ble dessuten planlagt å se om det er korrelasjon mellom variablene i undersøkelsen. Dette vil bli gjort ved hjelp av krystabeller (bivariat analyse). Korrelasjonskoeffisient vil bli regnet ut ved å benytte korrelasjonsmål Spearman's rho (ordinalnivå). Korrelasjonsanalysen kan bidra til å kunne trekke slutninger om indre validitet, altså si noe om årsakssammenhenger mellom ulike variablene i undersøkelsen.

3.10 Etiske hensyn i prosjektet

Etiske hensyn står sentralt i en spesialpedagogisk forskning. Pliktetikk og forskningsetiske retningslinier for samfunnsforskning er presentert av Nasjonal forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap, jus og humaniora (NESH, 2006). Retningslinjene ble utarbeidet for å hjelpe forskere til å reflektere over sine etiske holdninger, utvikle godt skjønn og foreta de etisk korrekte valg på alle ledd i forskning. Forskere bør forholde seg til gjeldende lovverk, blant annet forvaltningsloven, personopplysningsloven og eventuelt fagrelatert lovverk. Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) er et personvernombud i forskning. Prosjekter som inneholder personopplysninger som kan identifisere informantene utløser meldeplikt og må meldes til NSD.

Mitt prosjekt var meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Det ble meldt til og godkjent av NSD (se Vedlegg 5). Personvernombudet fant informasjonsskrivet for informantene (se Vedlegg 2) tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens

vilkår. Informantene fikk i forkant av undersøkelsen skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Et besvart spørreskjema var å regne som samtykke (se Vedlegg 5).

Man skal forholde seg til etiske retningslinjer, normer og regler selv i surveyundersøkelser. Ved bruk av spørreskjemaer er forholdene mellom forsker og informant er mer eller mindre depersonifisert. Likevel har forskeren det etiske ansvaret overfor informantene og må ivareta deres rettigheter på alle stadier i arbeidet. Det er viktig med fritt og informert samtykke, rett til selvbestemmelse, konfidensialitet og anonymitet (NESH, 2012). Anonimitet innebærer at forskeren ikke vil og ikke kan identifisere respondenten (De Vaus, 2002, s.62).

Konfidensialitet impliserer at forskeren kan matche svarene med navn på respondentene, men forsikrer at ingen andre skal ha tilgang til sensitive opplysninger (ibid).

Jeg har forsøkt å forholde meg til etiske prinsipper innen forskningen. Jeg har planlagt å sikre meg et foreløpig informert samtykke fra helsesøstres nærmeste overordnede, siden det ikke var anledning til å ta direkte kontakt med informantene. For å ivareta respondentenes informasjonsbehov, er det blitt utarbeidet to versjoner av et informasjonsskriv (Vedlegg 2 og 3). Ledende helsesøstre ble oppringt, og helsesøstrenes deltakelse i prosjektet ble avtalt i telefonsamtalen. I skrivet var det informasjon om målet med prosjektet, metoder som skulle benyttes og hva de innsamlede data skulle brukes til. Det var også opplysninger om frivillig deltakelse, min taushetsplikt samt hvordan anonymiteten og konfidensialiteten i undersøkelsen skulle bli ivaretatt. Det ble understreket at prosjektet var meldt til NSD.

I oppbyggingen og administreringen av det elektroniske spørreskjemaet etterfulgte jeg Universitetet i Oslo sine interne rutiner for sikkerhet (UiO, 2012b). Jeg sørget for at spørsmålene i spørreskjema var formulert men respekt og hensyn. Spørreskjemaene ble anonymisert. Det ble bestemt å ikke registrere direkte personidentifiserbare opplysninger som navn, personnummer, epostadresse for å sikre at informantene ikke skal gjenkjennes.

De forskningsetiske retningslinjene framhever betydningen av etiske vurderinger i forhold til henvisningsskikk, plagiat og fremstilling av resultater (NESH, 2006). Disse har jeg rettet meg etter på alle stadier i undersøkelsen.

4 Resultater av undersøkelsen

4.1 Gjennomføring av spørreundersøkelsen

Det mest utfordrende i gjennomføringen av den praktiske delen av prosjektet, var å skaffe et representativt utvalg. Jeg tok kontakt som planlagt (se 3.3.1) med ledende helsesøstre i utvalgte bydeler og kommuner for å skaffe meg en foreløpig samtykke for helsesøstrenes deltakelse i undersøkelsen. De som hadde behov for mer informasjon, fikk per epost tilsendt et informasjonsskriv med opplysninger om undersøkelsens tema og formål, estimert tid for utfylling, personvern og svarfrist. Få av lederne svarte positivt på min forespørsel med en gang. Flere ønsket å ta dette opp på avdelingsmøter for å ta en felles avgjørelse om deltagelse. En del av kommunene hadde ikke kapasitet til å delta i undersøkelsen grunnet pågående store prosjekter. Det at jeg fikk flere negative svar fra lederne enn jeg hadde forventet, førte til at jeg måtte utvide søket underveis og ta kontakt med flere kommuner.

Jeg sendte ut spørreskjemaer da jeg hadde fått det nødvendige samtykket med fire østlandskommuner og to bydeler i Oslo. Ledende helsesøstre videresendte mine invitasjoner til informantene. Spørreskjemaet ble åpnet i begynnelsen av februar, men i løpet av en måned fikk jeg bare 13 svar. Dette var årsaken til endring av nedslagsfelt i undersøkelsen.

For å få et mer representativt utvalg, kontaktet jeg lederen i Landsgruppen av helsesøstre i Norsk Sykepleierforening (LaH NSF) og fikk en positiv respons på min forespørsel.

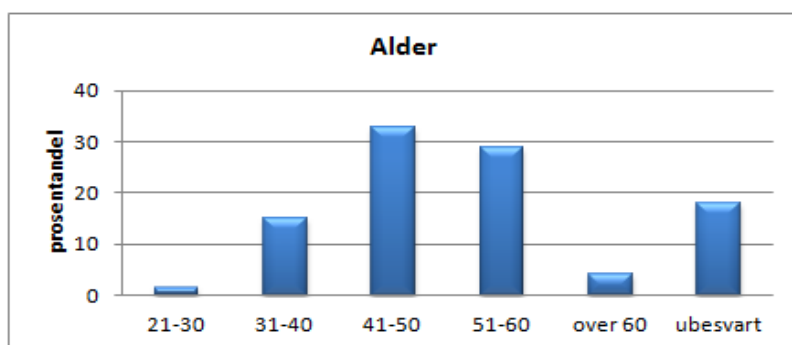
Landsgruppen gir ikke tilgang til medlemmers e-postadresser, og mitt spørreskjema ble derfor videreformidlet i flere trinn: først til Landsgruppens leder, så til lokale ledere i alle landets fylker og videre til helsesøstre på lokale helsestasjoner. Før svarfristens utløp ble det sendt ut et purrebrev (Vedlegg 4). Det endelige utvalget utgjorde 73 helsesøstre.

4.2 Behandling av data

Det innsamlede datamaterialet ble hentet inn fra Nettskjema i form av en tabseparert fil. Dataene ble presentert i form av en datamatrise der kasuser (personer) ble fordelt vertikalt og variablene horisontalt. Det var 97 variabler i undersøkelsen. Siden dette er en deskriptiv studie, er det først og fremst aktuelt å se på frekvenser og fordeling ved enkelte variabler. Resultatene ble vist i form av frekvenstabeller og grafiske fremstillinger samt tolkning av disse.

4.3 Helsesøstrene i undersøkelsen

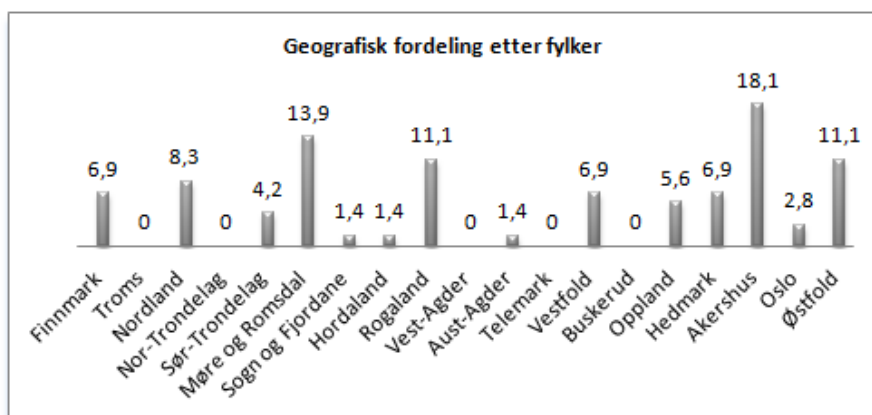
Utvalget i denne undersøkelsen består utelukkende av kvinner. Informantenes alder ble sortert i kategorier med intervall på 10 år. De fleste av informantene var i aldersgruppene 41-50 år (24 personer) og 51-60 år (21 person) (figur 1). 17,8 % av informantene unnlot å besvare spørsmål om alder. Mulige forklaringer på dette vil bli gjennomgått i oppgavens siste kapittel.



Figur 1. Informantenes fordeling etter alder

Undersøkelsen viste at 95,9 % av respondentene var sykepleiere med helsesøsterutdanning (70 personer). Flere helsesøstre skrev i kommentarfeltet at de hadde tilleggsvutdanning eller en annen kompetanse. Blant disse var det tre pediatrike sykepleiere, en jordmor, en master i helsefag og en klinisk spesialist. En informant anga at hun hadde sosialantropologi og språkfag i bakgrunn, og dette var i tillegg til å være sykepleier.

Spørreskjemaene ble sendt til alle Norges fylker. Besvarelsene kom fra 14 fylker og er bredt fordelt utover landet (figur 2).



Figur 2. Geografisk fordeling etter fylker (prosentandel)

De fleste svar har kommet fra Akershus (18,1 %), Møre og Romsdal (13,9 %), Rogaland og Østfold (11,1 % hver).

Som påpekt tidligere i oppgaven, står temaene språkvansker hos barn og tospråklighet i ulik grad på pensum i helsesøsterutdanninger. Det var to spørsmål på hver variabel, men jeg har

valgt å fremstille resultatene samlet, på en figur (figur 3) slik at de blir sammenlikbare og oversiktlige. Undersøkelsen viste at helsesøstre lærte mer om språkvansker under utdanningen enn om tospråklighet.



Figur 3. Tospråklighet og språkvansker i informantenes utdanning (prosentandel)

Flere helsesøstre i utvalget hadde språkvansker på pensum sammenlignet med de som hadde tospråklighet. Det var også tre ganger flere helsesøstre som har lært om språkvansker enn de som ikke hadde gjort det. Tospråklighet var en del av utdanningen hos mer enn halvparten av utvalget.

Jeg har sett på korrelasjonen mellom de som hadde tospråklighet og språkvansker i utdanning. Ved hjelp av Spearman's rho har jeg funnet ut at resultatet er signifikant på 0,001 nivå og korrelasjonen er positiv og relativt tydelig (0,375). Det ble også undersøkt sammenheng mellom informantenes alder og tospråklighet som tema i deres utdanning. Denne korrelasjonen har vist seg å være negativ og svak (-0,297). Signifikansen på 0,001 nivå er 0,011. Det vil si at jo eldre informanten er, desto større er sjansen det for at vedkommende ikke studerte tospråklighet under utdanningen.

Når det gjelder informantenes fartstid i helsesøsteryrket, er tallene spredt fra ett til 38 år.

Figur 4 viser yrkessammensetning på helsestasjoner i denne undersøkelsen. De fleste av de ansatte på helsestasjonene var helsesøstre (98,6 %), 87,7 % var leger, 76,7 % fysioterapeuter. I kommentarfeltet ble det angitt flere yrker som jobber i forebyggende helsetjeneste. Det var psykologer (13 svar), administrative ansatte (6 svar), og i mindre grad familieterapeuter (4 svar), spesialpedagoger, ammeveiledere, førskolelærere (2 svar i hver kategori), 1 ergoterapeut og 1 miljøterapeut. Det har vist seg at det er svært sjeldent at en logoped er ansatt ved en helsestasjon. Bare 4 av 73, eller 5,5 % krysset av for dette.



Figur 4. Yrkesgrupper på helsestasjon (antall svar; N=73)

4.4 Tospråklighet og språkvansker

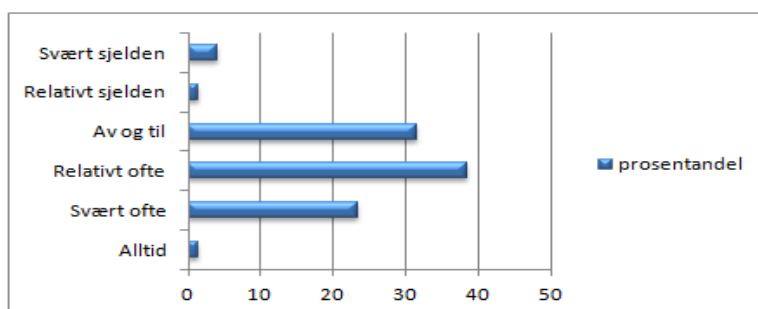
Det ble undersøkt hvor ofte helsesøstrene har tospråklige familier til konsultasjon.

	Antall svar	andel
Flere ganger om dagen	9	12,3%
Hver dag	10	13,7%
Flere ganger per uke	17	23,3%
Flere ganger per måned	29	39,7%
Ca. en gang per måned	8	11%
Total	73	100%

Tabell 1. Hvor ofte helsesøstre har tospråklige familier til konsultasjon

Tabell 1 viser at de fleste svar (89 % til sammen) har fordelt seg mellom kategoriene *Flere ganger om dagen* og *Flere ganger per måned*. De fleste av helsesøstrene har tospråklige familier til konsultasjon *flere ganger per måned*.

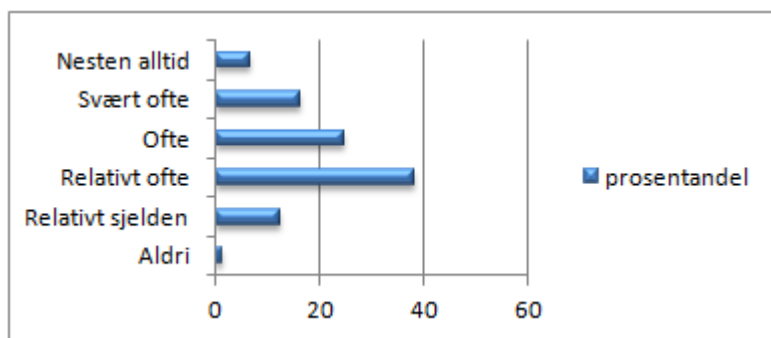
Samtaler relatert til forsinket språkutvikling og språkvansker er ofte en del av konsultasjoner med tospråklige familier på helsestasjonen.



Figur 5. Hvor ofte spørsmål om forsinket språkutvikling eller språkvansker stilles under konsultasjon av tospråklige familier

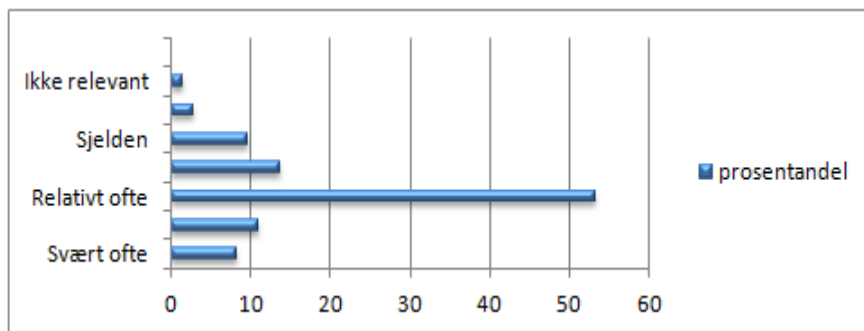
38,4 % av informantene oppgir at slike spørsmål stilles *relativt ofte*, 31,5 % – *av og til* mens 23,3 % opplever språkrelaterte spørsmål *svært ofte* (figur 5).

Helsesøstrene i undersøkelsen har opplevd at barn fra tospråklige familier oftere enn jevnaldrende enspråklige barn er forsinket i sin språkutvikling. 38,4 % av helsesøstrene har observert dette *relativt ofte*, 24,7 % – *ofte* og 16,4 % – *svært ofte*. Figur 6 viser resultater av helsesøstrenes observasjoner angående forsinket språkutvikling blant tospråklige barn. Helsesøstrenes vurderinger av barns språk kunne bli gjort enten på bakgrunn av generelle språklige milepæler eller gjennom sammenligning med enspråklig utvikling.



Figur 6. Hvor ofte opplever helsesøstrene at tospråklige barn er forsinket i språkutvikling

De fleste av informantene (38,4 %) har opplevd at barna er *relativt ofte* forsinket i sin språkutvikling. Samlet sett er det 86,3 % (63 svar) som har opplevd at tospråklige barn har språkforsinkelse *relativt ofte*, *ofte*, *svært ofte* og *nesten alltid*. En av informantene svarte *aldri* og ni – *relativt sjelden*.



Figur 7. Hvor ofte ble tegn på språkvansker observert hos tospråklige barn under konsultasjon hos en helsesøster

Når det gjelder tegn på språkvansker, har 53,4% av informantene registrert dem hos tospråklige barn *relativt ofte*. 53 informanter (72,6%) anga at tospråklige barn *svært ofte*, *ofte* og *relativt ofte* hadde vist tegn på språkvansker. Det var 20 informanter (27,4 %) som svarte at de hadde observert tegn på språkvansker hos tospråklige barn *relativt sjelden*, *sjelden* og *svært sjelden* (se figur 7).

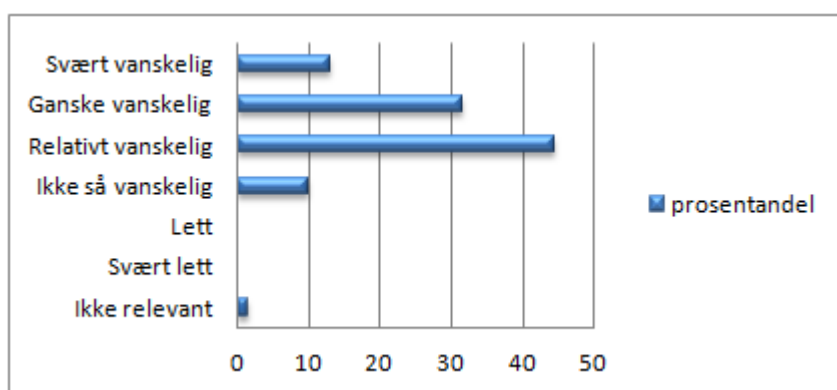
Det neste spørsmålet skulle innhente informasjon om hvilke bekymringstegn helsesøstrene blir oppmerksomme på i vurdering av språk hos tospråklige. Dette var et flervalgsspørsmål,

og informantene kunne krysse av for flere svar (tabell 2). Svarene viser at det vekker bekymring hos de fleste helsesøstre i utvalget når barnets tale er uforståelig. I disse svarene settes ekspressive ferdigheter som kriterium. Det nest mest valgte bekymringstegnet er at ett- og toåringer ikke følger enkle oppfordringer knyttet til situasjonen. Her står forståelse, eller de impressive ferdighetene i fokus. Ettersom flerspråklige barn er i fokus, er språkblanding tatt med i undersøkelsen. Tabell 2 viser at språkblanding anses med bekymring av under en

Bekymringstegn	Antall svar	Prosentandel
Barnet følger ikke enkle oppfordringer knyttet til situasjonen ved 1–2 år	41	56,2%
Barn sier ikke enkelte ord i ettårsalderen	20	27,4%
Barnet kombinerer ikke to ord i toårsalderen	39	53,4%
Barnet setter ikke tre ord sammen i treårsalderen	18	24,7%
Barnet blander ord fra ulike språk i samme setning	22	30,1%
Barnets tale er uforståelig	44	60,3%
Barnet gjør mange grammatiske feil i fireårsalderen	34	46,6%

Tabell 2. Bekymringstegn

tredjedel av utvalget. Helsesøstre hadde muligheten til å spesifisere sine svar. Det ble gitt 57 fritekstsvaret i kommentarfeltet. Disse gir en del nyttig tilleggsinformasjon og blir analysert i drøftingskapittelet. Informantenes mening om det å kunne skille mellom språkvansker og mangelfulle norskferdigheter er vist i figur 8. Dette viste seg å være på en eller annen måte *vanskelig* for 88,6% av informantene. Kun 10% valgte *ikke så vanskelig*, mens det var ingen som syntes det var verken *lett* eller *svært lett*.

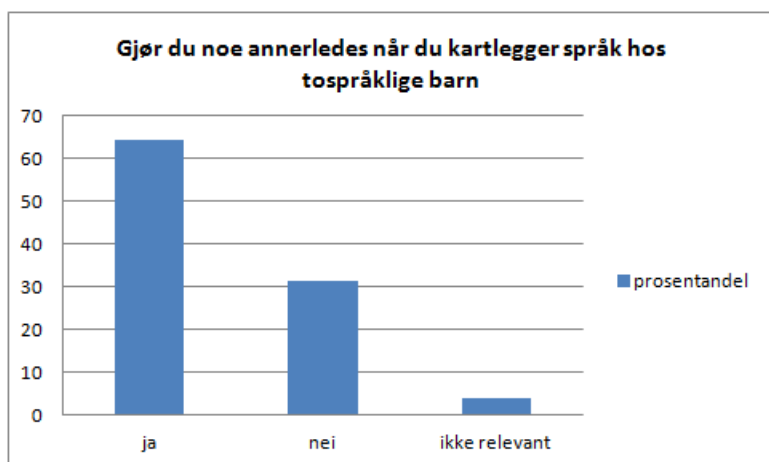


Figur 8. Hvor vanskelig er det å skille mellom språkvansker og manglende norskferdigheter

4.5 Kartlegging av barns språk

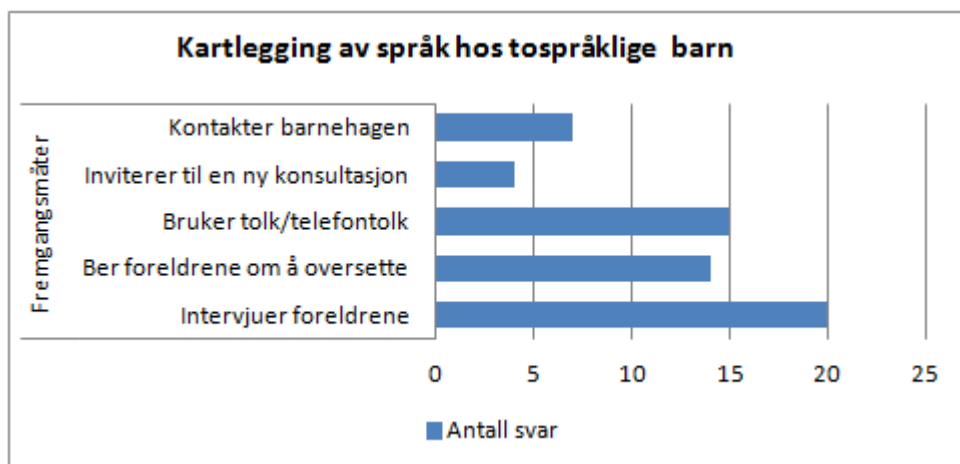
Når det gjelder kartlegging av språk hos tospråklige barn, har 64,4% av informantene svart at de har gjort noe annerledes i kartleggingen av språk hos flerspråklige barn sammenlignet med

kartlegging av språk hos enspråklige barn (figur 9). Dette har vist seg å være *ikke relevant* for 4,1 % av informantene.



Figur 9. Gjør du noe annerledes når du kartlegger språk hos tospråklige barn

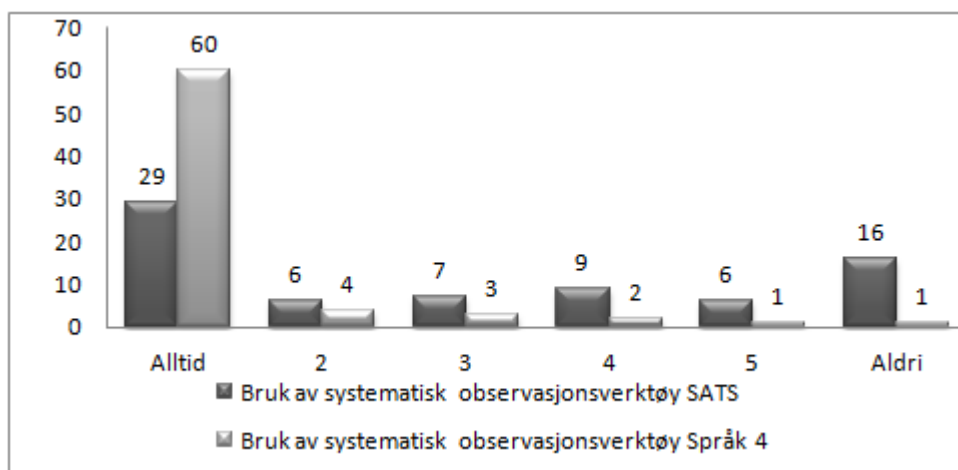
De informantene som svarte *ja* hadde mulighet til å spesifisere svarene ved å oppgi nettopp hva de gjorde annerledes. Det var 47 respondenter som ga fritekstsvaret på dette utfyllende spørsmålet. Disse opplysningene ble gruppert og kategorisert. Kategoriene som var mest representert er vist på Figur 11. En mer detaljert analyse av fritekstsvarene skal bli gjennomført i det neste kapittelet.



Figur 10. Kartlegging av språk hos tospråklige barn

Systematisk observasjon er en metode som tradisjonelt blir brukt i virdering av språk på helsestasjonen. Kartleggingsverktøyene SATS og SPRÅK 4 er brukt i observasjonen og anbefalt brukt ved to- og fireårskontrollen. I denne undersøkelsen har 97,3% av informanter svart at deres helsestasjon har fireårskontroll, mot 2,7% som har svart nei.

Figur 11 viser hvor ofte informantene har benyttet seg av kartleggingsverktøyene SATS og SPRÅK 4 under henholdsvis to- og fireårskontroll med tospråklige barn.



Figur 11. Bruk av systematisk observasjonsverktøy (antall svar)

Det viser seg at bruk av SPRÅK 4 er mye mer vanlig og utbredt enn bruk av SATS. 60 personer (84,5 %) har svart at de *alltid* bruker SPRÅK 4, mot 29 personer (39,7%) som har oppgitt at de alltid bruker SATS. Bare en person har *aldri* brukt SPRÅK 4, mot 16, eller 21,9 % som *aldri* har brukt SATS.

Helsesøstrenes mening om hvorvidt SPRÅK 4 er egnet til å kartlegge språk hos tospråklige barn er presentert på figur 12. I neste kapittel blir resultatene av denne undersøkelsen drøftet opp mot resultatene av prosjektet ”Se, han snakker” (Oxford research, 2008).



Figur 12. Helsesøstrenes mening om SPRÅK 4 er egnet redskap i vurdering av språk hos tospråklige barn som ikke snakker godt norsk (prosentandel)

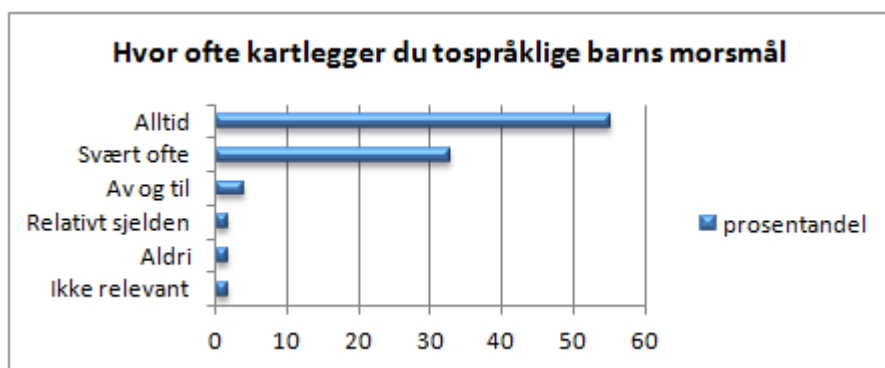
Svarene gir en oversikt over hva helsesøstre mener om bruk av SPRÅK 4 i kartleggingen av språkferdigheter hos tospråklige barn som ikke snakket godt norsk. 50,7% mener at SPRÅK 4 er *i noen grad* egnet til dette og 27,4 % mener at verktøyet er *i betydelig grad* egnet til kartlegging av tospråklige barns språk.

Informantene i denne undersøkelsen synes at det er viktig å kartlegge tospråklige barns første språk, eller morsmål, se tabell 3.

	Antall svar	andel
Svært viktig	38	52,1%
Veldig viktig	25	34,2%
Viktig nok	8	11,0%
Ikke så viktig	2	2,7%
Total	73	100%

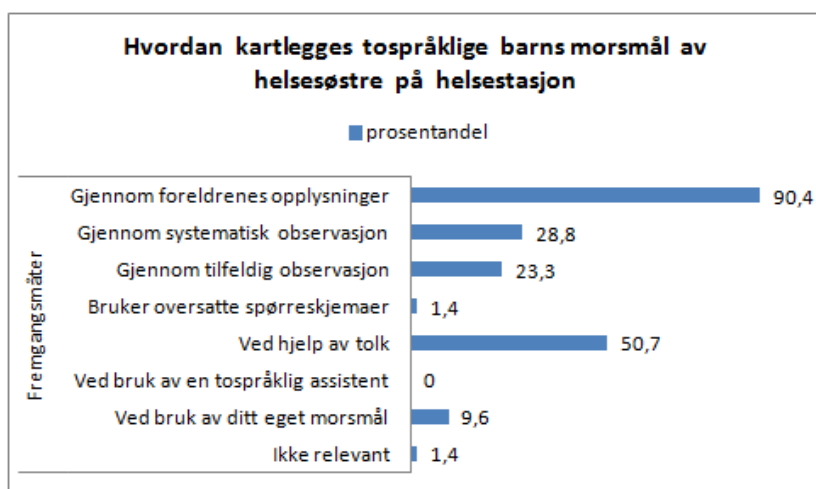
Tabell 3. Hvor viktig er det med kartlegging av tospråklige barns morsmål

75,3% av informantene svarer at de selv kartlegger tospråklige barns morsmål. Det er 24,7% som oppgir at de ikke gjør det. Flertallet av helsesøstrene i utvalget som kartlegger barns første språk gjør dette *alltid* (55,2%) eller *svært ofte* (32,8%) (figur 13) .



Figur 13. Hvor ofte helsesøstrene kartlegger tospråklige barns morsmål

Figur 14 viser på hvilke måter helsesøstrene i utvalget kartlegger barns første språk/morsmål. De absolutt fleste av helsesøstrene baserer sine vurderinger av barns første språk på foreldrenes opplysninger. Andre metoder som er mye brukt er systematisk og tilfeldig observasjon. I kartlegging av språk hos tospråklige barn er det aktuelt å bruke tolk, eventuelt telefontolk. Tolkere brukes av flere enn halvparten av informantene. Nær 10% har angitt at de bruker sitt eget morsmål i kartlegging. Disse opplysninger vil bli drøftet videre i oppgaven.



Figur 14. Kartlegging av tospråklige barns morsmål. Flervalgsspørsmål

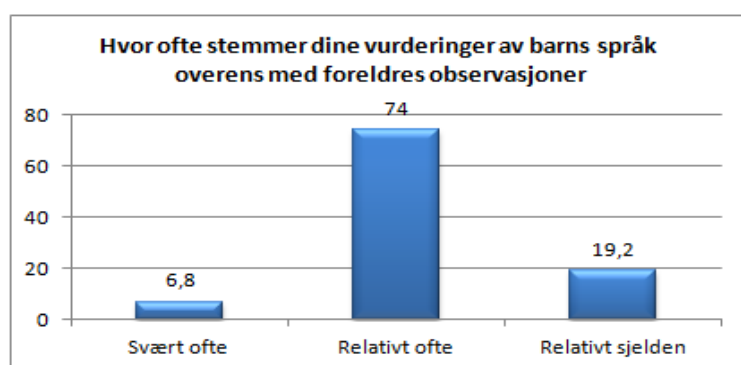
4.6 Rådgivning og veiledning

Mer enn halvparten av utvalget opplever at det er variasjon i hvor mye mer tospråklige foreldre er opptatt av sine barns språkutvikling sammenlignet med enspråklige. Resultatene er vist i tabell 4.

	Antall svar	andel
I svært stor grad	5	6,8%
I betydelig grad	3	4,1%
I varierende grad	47	64,4%
I liten grad	9	12,3%
I svært liten grad	6	8,2%
Opplever ingen forskjell	3	4,1%
Total	73	100%

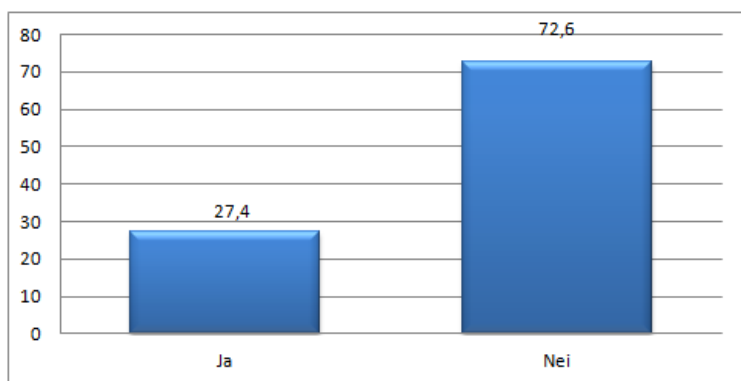
Tabell 4. I hvilken grad helsesøstrene opplever at tospråklige foreldre er mer enn enspråklige opptatt av sine barns språkutvikling

Tospråklige foreldre gir *relativt sjelden* uttrykk for at deres barn enten er forsinket i sin språkutvikling eller har språkvansker ifølge 63 % av informantene. *Det varierer* i hvor ofte helsesøstrene legger merke til at foreldrene overser barns språklige avvik. *Det varierer* følgelig også hvor ofte helsesøstrene trenger å gjøre foreldre oppmerksomme på dette. Det var ikke lett for informantene å entydig definere graden av foreldrenes forståelse på barns språkutvikling. På samme tid har flertallet angitt at deres egne vurderinger av barns språkutvikling *relativt ofte* stemmer overens med foreldrenes observasjoner (figur 15).



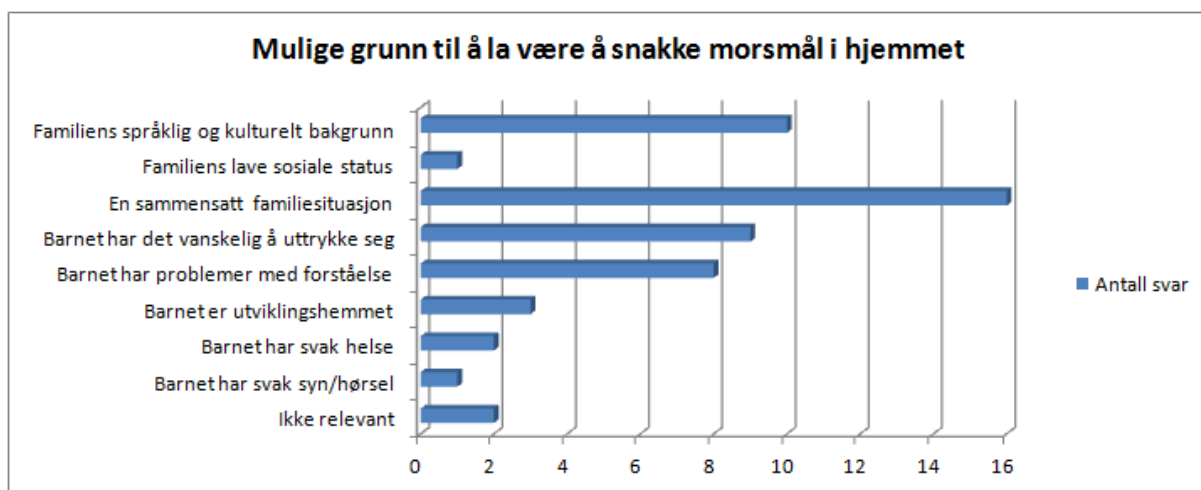
Figur 15. Hvor ofte stemmer helsesøstrenes vurderinger av barns språk overens med foreldres observasjoner (prosentandel)

Et viktig tema i denne delen av spørreundersøkelsen var å finne ut av informantenes forhold til bruk av morsmål i tospråklige familier i en situasjon når deres barn viser vansker med språket. Flertallet av helsesøstrene synes at tospråklige barn ikke kan profitte på at familien har valgt å snakke norsk med dem (figur 16).



Figur 16. Synes helsesøstrene at et tospråklig barn kan i noen tilfeller profittere på at familien velger bort morsmålet (prosentandel)

Nær en fjerdedel av utvalget synes allikevel at barnet i enkelte tilfeller kunne profittert på at morsmålet ikke ble brukt av deres nærmeste. Informantene fikk muligheten til å utdype sine svar. De ble tilbudt å velge fra en liste med situasjoner som kunne gi grunn til å la være å snakke morsmål i hjemmet (se figur 17).



Figur 17. Mulige grunn til å la være til å snakke morsmål i hjemmet

En sammensatt familiesituasjon ble valgt av de fleste informantene som grunn til å la være å snakke sitt morsmål i en tospråklig familie. Det har vist seg en rekke sterke og middels sterke positive korrelasjoner mellom antall helsesøstre som synes at barn kunne profittert på ikke å bruke morsmålet hjemme og variablene sammensatt familiesituasjon (0,640), problemer med forståelse hos barnet (0,571), at barnet har det vanskelig å uttrykke seg (0,517) og familiens språklige og kulturelle bakgrunn (0,470). Resultatene er signifikante på 0,001 nivå.

For å skape inntrykk av informantenes kunnskapsnivå og informasjonsbehov i forhold til undersøkelsens tema, er de blitt bedt om å si seg enige eller uenige med åtte påstander om

tospråklighet og språkutvikling. Oversikten over informantenes meninger er presentert i Tabell 5.

Utsagn om tospråklig utvikling og bruk av språk	Helt enig	2	3	Helt uenig
Tospråklighet medfører språkforsinkelse	6,8	58,9	23,3	11
Tospråklighet er en ekstra belastning for barnets hjerne	1,4	5,6	19,4	73,6
Språkutvikling hos en-og tospråklige barn foregår på lik måte	18,8	43,5	23,3	14,5
Foreldre må alltid snakke med barnet på språket de selv behersker best	63,8	23,2	8,7	4,3
Spåkforsinkelse hos tospråklige barn er ingen grunn til å la være å snakke morsmålet hjemme	76,7	19,2	1,4	2,7
Foreldre må sørge for at barnet blir eksponert for både morsmål og norsk så mye som mulig	78,9	15,5	1,4	4,2
Tospråklige foreldre må ikke bekymre seg for barnets språkutvikling altfor tidlig	34,2	39,7	17,8	8,2
Ved tegn på språkvansker hos barnet er det gunstig å begrense morsmålsbruken hjemme	1,4	9,7	30,6	58,3

Tabell 5. Helsesøstrenes meninger om ulike aspekter ved tospråklig utvikling (verdiene gitt i prosent)

Dataene fra denne tabellen gir en kort, men omfattende oversikt over respondentenes informasjonsnivå i forhold til undersøkelsens tema.

Mer enn halvparten av utvalget er *delvis enige* i at tospråklighet fører til forsinkelse i barnets språkutvikling. Samtidig er nesten tre av fire informantene er *helt uenige* i at tospråklighet er ekstra belastning for barnets hjerne. Mer enn 50% av utvalget er *helt uenig* i at man bør begrense morsmålsbruken hjemme hvis barnet viser tegn på språkvansker, og for tre fjerdedeler av utvalget er barnets språkforsinkelse ingen grunn til å la være å snakke sitt første språk. Det er mulig å se noen tendenser i disse svarene, og de vil bli drøftet i det nestkommende kapitlet.

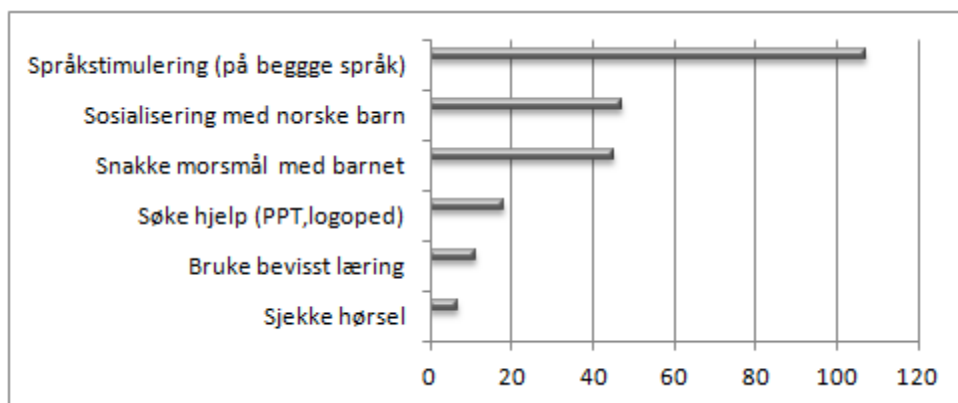
4.6.1 Hvilke råd helsesøstre gir tospråklige foreldre til barn med mulige språkvansker

Det ble valgt å ha åpne spørsmål i spørreskjemaet. Informantenes fritt formulerte svar har bidratt med empirisk informasjon som er med på å danne et bilde av hvordan helsesøstrenes kunnskap og erfaring realiseres i praksis. 67 helsesøstre har gitt eksempler på råd de gir. Oversikten over rådene er presentert i tabell 6. Rådene var gruppert etter sitt hovedtema.

Råd gitt av helsesøstre	Antall	Råd gitt av helsesøstre, forts.	Antall
Snakke sitt morsmål	45	Gjenta hva barnet sier på en korrekt måte	3
Bøker (både på morsmål og norsk)	44	Samme generelle råd som til enspråklige	2
Ha barnet i barnehage	34	Snakke tydelig	2
Benevne det man sier, hører, føler	28	Henvise logoped	2
Snakke mye med barnet	25	”En person, ett språk”	2
Norsk i barnehage, skole, i fritiden	11	Si ordet på morsmål og så på norsk	2
Synge sammen	10	Foreldre bør lære seg godt norsk	2
Sjekke hørsel	7	Ikke blande morsmål og norsk	1
Foretelle	5	Søk hjelp tidlig	1
Se positiv på tospråklighet	4	Kartlegge om det er språkvansker i familien	1
Bruke kreative ideer, oppmuntre barnet	4	Innkalle til ekstra kontroll	1

Tabell 6. Helsesøstrenes råd til foreldre

Noen kategorier ble ganske små. Derfor ble grupperte svar samlet i større kategorier etter overordnede temaer som omfattet språkstimulering (språk uspesifisert), bruk av morsmål, sosialisering og språkstimulering på norsk, søk om hjelp og bruk av bevisst læring. Hørselsjekk ble en egen kategori. I kategoriseringen har jeg forsøkt å bevare nyansene informantene hadde fått fram i sine fritt formulerte svar. Resultatene er vist i figur 18.



Figur 18. Helsesøstrenes råd til tospråklige foreldre til barn med tegn på språkvansker (kategoriserte svar; gitt i antall svar)

4.7 Kunnskapsutveksling og tverrfaglig samarbeid

Den siste delen av spørreskjemaet omfattet spørsmål om helsesøstrenes vurdering av egen kunnskap samt om kunnskapsutveksling og tverrfaglig samarbeid. Spørsmålet om yrkesgruppene på helsestasjoner i den første delen av spørreskjemaet har påbegynt dette temaet.

I denne delen av spørreskjemaet har helsesøstre angitt at de har behov for å samarbeide med ulike instanser og fagpersoner når det gjelder språkvansker hos tospråklige barn. De fleste ønsket å samarbeide med PPT (97,3%) og barnehage (89%). 57,5% av informantene hadde

behov for å samarbeide med en logoped, 27,4 % med et kompetansesenter, 15,1 % med lege og 6,8 % med psykolog.

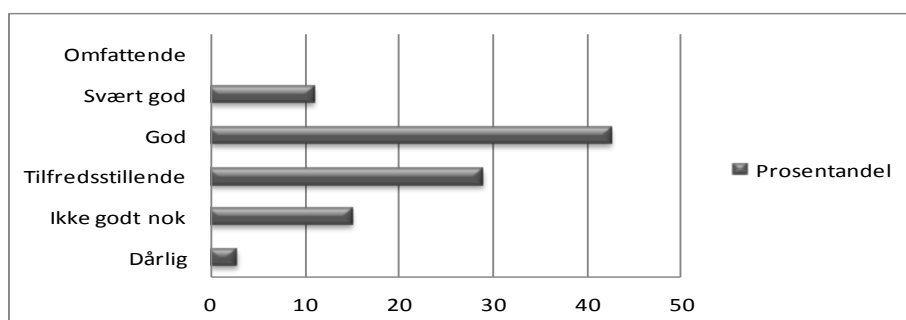
Som vist i tabell 7 har informantene ulike meninger om sitt kunnskapsnivå i forhold til tospråklighet, normal språkutvikling og språkvansker.

	Antall svar	andel
I svært stor grad	3	4,1%
I betydelig grad	28	38,4%
I varierende grad	37	50,7%
I liten grad	4	5,5%
I svært liten grad	1	1,4%
Total	73	100%

Tabell 7. I hvilken grad helsesøstrene opplever at deres kunnskap om tospråklighet, normal språkutvikling og språkvansker er tilstrekkelige til å gi informasjon, råd og veiledning til tospråklige foreldre

En tredjedel av utvalget opplever at deres kunnskap er tilstrekkelige for å gi informasjon, råd og veiledning til tospråklige foreldre *i betydelig grad*. Litt over halvparten av utvalget opplever dette imidlertid *i varierende grad*.

Helsesøstrene ble også bedt om å vurdere egen kunnskap om tospråklighet. Figur 19 viser at flertallet, eller 42,5 % av helsesøstrene, vurderer sine kunnskaper som *gode* mens 28,8 % synes at deres kunnskaper om tospråklighet er *tilfredsstillende*. 11 % av informantene mener at de har *svært gode* kunnskaper om tospråklighet og ingen synes å ha *omfattende* kunnskap på dette feltet. I alt er 82,3 % av informantene er i ulik grad tilfredse med sine kunnskaper om tospråklighet.



Figur 19. Helsesøstrenes vurdering av egne kunnskaper om tospråklighet

Helsesøstrene har angitt at de har behov for kunnskap om tospråklig utvikling i sammenligning med enspråklig utvikling. 12,3 % opplever et slikt behov i *svært stor grad*, 45,2 % opplever det i *betydelig grad*, 35,6 % i *varierende grad* og 6,8 % i *liten grad*.

Det ble undersøkt på hvilken måte og fra hvilke kilder informantene har tilegnet seg kunnskap om temaet. Informantene har gitt informasjon om hvorvidt de selv noen gang hadde fått råd eller veiledning knyttet til tospråklighet. 82,2 % svarte positivt, mens 21,9 % svarte at de ikke hadde fått en slik veiledning. De fleste av informantene (60,3%) har fått veiledning fra PPT. 42,5 % rådførte seg med en mer erfaren kollega. Veiledning fra logoped har fått 27,4 % og av kompetansesenter 23,3% .

En annen kunnskapskilde er at man har deltatt i et prosjekt eller et spesielt tiltak knyttet til tospråklighet. Undersøkelsen har vist at 19,2 % av informantene har deltatt i slike tiltak, mot 80,8 % som aldri har deltatt i prosjekter knyttet til tospråklighet.

De fleste helsesøstrene opplever det ”å informere, gi råd og veiledning til tospråklige foreldre om språkutvikling og språkvansker hos deres barn” som sin oppgave. Som vist i tabell 8 opplever samlet sett 84,9 % av informantene dette som sin jobb i svært stor grad og i betydelig grad. Litt over 10% opplever dette i varierende grad.

	Antall svar	andel
I svært stor grad	25	34,2%
I betydelig grad	37	50,7%
I varierende grad	10	13,7%
I liten grad	1	1,4%
Total	73	100%

Tabell 8. I hvilken grad helsesøstrene opplever som sin oppgave å gi råd og veiledning om språkutvikling og språkvansker til tospråklige foreldre

I kommentarfeltet kunne de som ikke har opplevd dette som sin jobb spesifisere hvem sin jobb det kunne ha vært. Jeg gjør ikke forsøk på å analysere disse fritekstkommentarene statistisk, i og med at det kun ble gitt 22 kommentarer. Disse vil bli drøftet i det siste kapitlet.

Det har blitt funnet en del korrelasjoner mellom variablene i ulike deler av spørreskjemaet.

Det finnes en rekke korrelasjoner mellom hvordan helsesøstrene vurderer barns språkutvikling og hva de fokuserer på under konsultasjonen med tospråklige familier. Signifikansen ble målt både på 0,05 og 0,001 nivå.

Det er relativt sterk positiv korrelasjon mellom hvor ofte helsesøstrene møter tospråklige barn som er forsinket i språkutvikling og hvor ofte spørsmål om forsinket språkutvikling dukker opp under konsultasjon (0,558). Det samme gjelder barn med tegn på språkvansker og spørsmål om språkvansker (0,531). Det er en sterk, positiv korrelasjon mellom variablene. Korrelasjonskoeffisienten Spearmans rho er på henholdsvis (0,558) og (0,531).

Det er sterk positiv korrelasjon mellom hvor ofte tospråklige barn viser tegn på språkvansker og hvor ofte de er forsinket i språkutvikling (0,704). Det er positiv middels sterk korrelasjon mellom hvor ofte helsesøstrene møter barn med språkforsinkelse og hvor ofte de må gjøre foreldrene oppmerksomme på dette (0,414). Desto oftere foreldre overser at barnet sliter med språket, desto oftere gjør helsesøstrene oppmerksomme på dette (0,455). Alle disse korrelasjonene er signifikante på 0,001 nivå.

5 Drøfting

5.1 Utvalget i undersøkelsen

Som tidligere nevnt var veien til utvalget lang, og av flere grunner er det vanskelig å definere dette utvalget entydig. I utgangspunktet hadde jeg tenkt å ha et sannsynlighetsutvalg. Hvilket utvalg har jeg fått i virkeligheten og hva det betydde for validitet og reliabilitet i oppgaven?

Det er 2069 årsverk av helsesøstre i Norge per 2011 (SSB, 2012). Landsgruppen av helsesøstre ved Norsk sykepleierforening (LaH) teller ”nesten 3000 medlemmer” (LaH, 2012). Tallene tyder på at nesten alle helsesøstre i landet er med i LaH. Spørreskjemaene ble sendt til og videreformidlet av LaH til alle medlemmer. Man kan dermed tro at enhver helsesøster kan ha en teoretisk ”ikke-null sannsynlighet” til å bli trukket med i dette utvalget (Lund, 2002b). Ettersom invitasjonene ble videreformidlet i flere omganger, er denne sannsynligheten ukjent. Således har jeg endt opp med en ikke-sannsynlighetsutvelging i undersøkelsen, og det er usikkert å vurdere representativiteten i utvalget (ibid.).

Representativitetsproblemet i undersøkelsen er i tillegg forsterket av frivillig deltakelse.

Internettspørreundersøkelser er i stor grad påvirket av denne effekten (De Vaus, 2002).

I denne undersøkelsen ble representativiteten påvirket av flere faktorer. Invitasjonene ble formidlet indirekte og i flere runder. Det kunne oppstå tekniske feil. Jeg hadde ikke kontroll over formidlingsprosessen og har ikke fått data på hvor mange personer som har fått invitasjonen. Ut fra antall medlemmer i LaH og størrelsen på mitt utvalg, er det mulig å anta at svaren i undersøkelsen var lav. Resultatene jeg har fått gjeder dermed bare i dette utvalget og skal ikke generaliseres over til større populasjoner.

Var det noen spesielle faktorer som gjorde at akkurat disse personer deltok i undersøkelsen? Etter å ha analysert besvarelsene, mener jeg at utvalget har bestått av helsesøstre som har interesse for temaet. I svarene har det kommet frem mye kompetanse og engasjement når det gjelder både oppgavens problematikk spesielt og deres yrke generelt.

Det er viktig å understreke at resultatene av denne undersøkelsen gjelder kun for dette utvalget. Svaren i undersøkelsen er lav. På samme tid er av positive svar høy i utvalget.

Denne kombinasjonen tyder på at interessen og engasjementet er større i utvalget enn ellers i populasjonen. Mange av norske helsesøstre som jobber med barn fra 0 til 5 år har ikke besvart spørreskjemaet. Ut fra dette kan det være naturlig å tro at de som besvarte spørreskjemaet ikke

var representative for gruppen som mottok skjemaet. Dette er enda en grunn til ikke å generalisere resultatene av undersøkelsen til en større populasjon.

5.1.1 Helsesøstre i undersøkelsen

Ut fra bakgrunnsopplysningene er det mulig å si at utvalget i undersøkelsen var relativt homogent. Alle informantene er kvinner. Det finnes mannlige helsesøstre i Norge (Eide, 2013; Hofstad, 2009). Per juni måned i 2013 var det åtte ”helsebrødre” i Norge (Eide, 2013). Ingen av dem deltok i denne spørreundersøkelsen. Nesten alle informanter var sykepleiere med helsesøsterutdanning. De hadde utdanning som er forutsatt for helsesøstre i kommunalhelsetjeneste (mer om dette i 2.5.1), og var dermed kvalifisert for sin jobb. Informantene hadde språkvansker og tospråklighet som del av helsesøsterutdanningen, dog i ulik grad. De fleste helsesøstre i undersøkelsen er i aldersgruppen fra 41 til 60 år. En slik aldersspredning er ventet. Veien til å bli helsesøster er lang og tar gjerne ett tiår eller mer. Man må først ta en sykepleierutdanning, deretter jobbe noen år for å bli autorisert sykepleier, og så ta en videreutdanning som helsesøster. Informantene er bosatt i 14 av Norges fylker.

5.2 Hva gjør helsesøstre på helsestasjoner i vurdering av barns tospråklige utvikling

I avsnitt 2.5.2 har jeg presentert faglige retningslinjer for kartlegging av barns språk på helsestasjon (SHdir, 2006a). Retningslinjene er styrende, og helsepersonell har en del faglig frihet. Undersøkelsen viste at helsesøstre bruker samme metoder som med enspråklige barn i vurdering av språk hos tospråklige barn: samtale med foreldre, systematisk observasjon med bruk av observasjonsverktøy SATS og Språk 4 samt tilfeldig observasjon.

Det er blitt undersøkt om det er noen andre metoder og arbeidsformer som egner seg for tospråklige og om det er noen særtrekk i bruk av de vanlige metodene.

Andelen av utvalget som har tospråklige familier til konsultasjon *flere ganger per måned* og oftere utgjør 89 %. Det tyder på at utvalget har en god del erfaring med denne målgruppen. Mer enn 60 % av helsesøstre opplever at spørsmål om språkvansker *ofte* stilles på konsultasjoner med tospråklige familier. Helsesøstre i utvalget registrerer forskjeller mellom enspråklige og tospråklige barns utvikling. Om lag 90 % av informantene opplever at tospråklige barn *relativt ofte* eller enda hyppigere er forsinket i språket. Over 70 % har opplevd at tospråklige barn de hadde til konsultasjon viste tegn på språkvansker.

Mer enn 60 % angir at de gjør noe annerledes når de kartlegger tospråklige barns språk. Informantene spesifiserte hva de hadde gjort annerledes. Oversikten over kategoriserte svar (se figur 11 i resultatkapittelet) viser at hovedvekten i dette arbeidet legges på samtaler med foreldre. Videre i teksten vil det bli brukt sitater fra dette kommentarfeltet som eksempler på helsesøstrenes egne erfaringer.

Faglige retningslinjene legger vekt på foreldrenes vurdering av barns språk, og språkscreening på helsestasjon tar utgangspunkt i disse indirekte screeningsprosedyrerne (SHdir, 2006b). Gjennom intervju av foreldre innhenter helsesøstre informasjon om barnets ferdigheter i første språk. Foreldre stiller opp som tolk i helsesøstrenes kontakt med barn og eventuelt støtter ved systematisk observasjon. Dette kommer tydelig frem i fritekstsvarene:

” Intervjuer foreldre ifht språkforståelse og språkproduksjon på morsmål”,

” Bruker foreldrene mye mer som tolk for barnet, ber de om å gjennomføre f.eks. SATS testen”,

” Samtalen med foreldre, da ofte med telefontolk, får en stor plass i vurderingen av barnets ferdigheter i morsmål. Norskferdigheter må ofte undersøkels ved å snakke med skole og barnehage dersom jeg er i tvil eller bekymret”

Retningslinjene viser til forskningsdata om at foreldres oppfatning stemmer som regel med helsesøsters subjektive vurdering av barns språk (SHdir, 2006b). I likhet med dette opplever 74 % av informantene i dette utvalget sammenfallende vurderinger *relativt ofte*. Jeg har prøvd å undersøke om det var noen tendenser i hvordan tospråklige foreldre forholder seg til sine barns språkutvikling. Salameh (2008) påpeker at foreldrenes bekymring knyttet til barnets språklige eller generelle utvikling eller ulikheter i sammenligning med søsken bør tas på alvor. I tråd med dette anbefales det alltid å prioritere foreldrenes bekymring og regne denne som et tilstrekkelig grunnlag for videre henvisning (SHdir, 2004).

Det viste seg å være vanskelig for informantene å gi et entydig svar på om tospråklige foreldre var mer eller mindre opptatt av sine barns språkutvikling i sammenligning med de enspråklige. At nesten 65 % av informantene har valgt svaralternativet *i varierende grad*, indikerte mangel på entydighet på dette området. 56,2 % av helsesøstrene oppgir at *det varierer* i hvor ofte de legger merke til at tospråklige foreldre overser at deres egne barn sliter med språket. 46,6 % oppgir at *det varierer* i hvor ofte de må gjøre foreldrene oppmerksomme på barnas språkproblemer. 63 % av informantene oppgir at tospråklige foreldre gir uttrykk for at deres barn har problemer med språket *relativt sjeldent*, mot 27,4 % som svarer at slikt skjer *relativt ofte*. Alt dette kan være med på å bekrefte en stor variasjon i språkbruksmønstre og

holdninger til språkutvikling og språkbruk i flerspråklige hjem (Baker, 2006; Skutnabb-Kangas, 1981; Romaine, 1995; Tokuhamu-Espinosa, 2001).

Det viser seg at tolking er ofte nødvendig under kartlegging av tospråklige. Halvparten av utvalget oppga at de brukte tolk, telefonolk eller eventuelt foreldre. Denne arbeidsmåten er spesifikk og forbeholdt konsultasjoner med flerspråklige brukere.

Helsesøstrenes kontakt med barn og familier under konsultasjon er svært tidsbegrenset, så derfor er det lite rom for tilfeldig observasjon. Derfor satses det på systematisk observasjon, der det finnes utprøvde observasjonsverktøy som SATS og SPRÅK 4.

Begge verktøyene kan i prinsippet brukes i vurdering av både morsmål og norskferdigheter hos tospråklige barn, men dette vurderes på nytt i hver enkelt tilfelle. Det er vanskelig å være et 100% sikker når man påviser språkvansker hos tospråklige barn. For å si at et tospråklig barn har språkvansker, må disse bli påvist på begge språk (Salameh, 2008). Et nødvendig tiltak for å skaffe seg et pålitelig vurderingsgrunnlag er å kartlegge barnets språkutvikling på begge språk. Jeg vil rette søkelyset mot kartlegging av morsmål. Dette blir til en obligatorisk del av konsultasjon dersom barnet ikke snakker norsk.

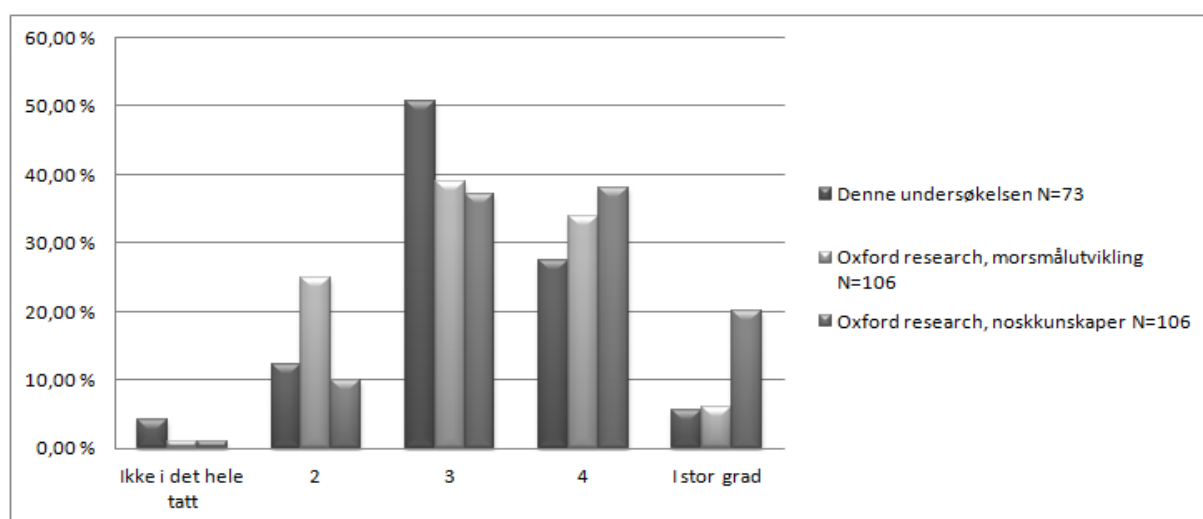
Helsesøstrene i utvalget er positivt innstilt når det gjelder kartlegging av morsmål hos tospråklige barn, 97,3 % mener at dette er *viktig*. 75 % kartlegger morsmål, 88 % av dem gjør det *alltid* eller *svært ofte*.

I teorikapitlet har jeg vært inne på teori bak verktøyene SATS (Screening Av Toåringers Språk) SPRÅK 4. Dataene angående bruken av disse to verktøyene ble presentert samlet, for oversiktlighetens skyld (se figur 11 i resultatdelen). Det ble registrert at SATS brukes i betydelig mindre grad enn SPRÅK 4.

Kartleggingsverktøyet SATS er rettet mot språkforståelse (Horn & Hagtvat, 2005). Det er ganske logisk at helsesøstrene ved toårskontroll av tospråklige barn legger mer vekt på samtale med foreldrene. I tospråklige familier er toåringer ofte hjemmeværende, og av språkene har de vanligvis bedre utviklet sitt første språk/ morsmål. Det kan kun forventes at barnet forstår/snakker norsk på dette stadiet hvis en av foreldrene er norsk. Da er det opplagt at man gjennom SATS bare kan innhente informasjon om barnets utvikling på morsmålet. I mange tilfeller trenger man tolk, og da har en ikke kontroll over hva blir oversatt. Hvis foreldre snakker norsk godt og kan forstå instruksjoner, kan SATS bli gjennomført. I undersøkelsen svarer om lag 40 % svarer at de *alltid* bruker SATS på toårskontrollen. I forhold til SPRÅK 4 og fireårskonsultasjonen, er situasjonen annerledes. Her legges det vekt på undersøkelse av både språkforståelse, språkproduksjon og underliggende funksjoner.

Fireåringer skal ha utviklet sine språklige basisferdigheter. Fireårskontroll er den siste før barnet begynner på skole, og denne er tillagt særlig vekt i oppfølging av barns språkutvikling (SHdir, 2006b). 97 % av helsesøstrene svarer at deres helsestasjon har fireårskontroll og 84,5 % oppgir at de *alltid* bruker Språk 4 under denne kontrollen.

Bruk av Språk 4 på flerspråklige barn har vært nøye studert og analysert (Dalin & Strand, 2007/08/09; Oxford Research, 2008; SHdir, 2006a). Det ble blant annet forsøkt å avdekke om verktøyet var et egnet redskap i vurdering av flerspråklige fireåringers morsmål og norskkunnskaper. Helsesøstrene i min undersøkelse fikk et likt spørsmål. Forskjellen var at jeg spurte om vurdering av språkkunnskaper generelt og spesifiserte at barnet ikke snakket godt norsk. Svarene er presentert på figur 12 i resultatdelen. Jeg har forsøkt å sammenligne svarene i denne undersøkelsen med resultatene av omfattende prosjektet ”Se han snakker” (Oxford Research, 2008) (figur 20).



Figur 20. Helsesøstrenes evaluering av SPRÅK 4 som et egnet redskap i vurdering av språkutvikling hos flerspråklige barn i denne undersøkelsen og i rapporten ”Se han snakker” (Oxford Research, 2008)

Helsesøstrenes meninger i min undersøkelse stemmer overens med hovedkonklusjonene i ”Se han snakker” (Oxford Research, 2008). Der ble det blant annet konkludert med at SPRÅK 4 ikke var egnet til å avdekke forsinket språkutvikling hos tospråklige barn som snakker lite norsk. Det var heller ikke egnet til å avdekke språkutviklingen på et annet språk enn norsk hos flerspråklige barn (Oxford Research, 2008, s.7-8). For flerspråklige barn som ikke kan godt norsk, anbefales det å sette i verk tiltak uavhengig av hva SPRÅK 4- kartleggingen avdekker.

Informantene i denne undersøkelsen gir SPRÅK 4 litt færre poeng enn i ”Se han snakker”. Det er flere som synes at SPRÅK 4 ikke i det hele tatt egnet til vurdering av tospråklige

fireåringers språk. Ifølge halvparten av utvalget er verktøyet kun i noen grad egnet til dette formålet. Grunnen til dette kan være at spørsmålet i mitt spørreskjema handler om vurdering av språkferdigheter hos tospråklige barn som ikke snakker godt norsk. Det var opp til informanten å vurdere om hun ville brukt verktøyet til noe i det hele tatt i en slik situasjon. Forskjellene kan også knyttes til ulike erfaringer med å bruke SPRÅK 4 i regi av en forsøksordning eller på egen hånd. Resultater av undersøkelsen viser at helsesøstre stoler mest på foreldrenes opplysninger i vurdering av barns morsmål. Når det gjelder norskkunskapene til tospråklige barn, er det mange som sier at de kontakter barnehager. Det indikerer at helsesøstre foretrekker å innhente informasjon om barns språkferdigheter fra flere kilder i tillegg til eller i stedet for å benytte SPRÅK 4. Ønsker en helsesøster å bruke SPRÅK 4 for å sjekke barnets ferdigheter på morsmålet, må hun enten ha et oversatt kartleggingsskjema på det aktuelle språket eller bruke tolk. Som nevnt i redegjørelsen er SPRÅK 4 oversatt bare til seks språk (Dalin & Strand, 2007/08/09). De som vil bruke foreldre som tolk, må være sikre på at de behersker norsk godt nok. For å vurdere barns norskferdigheter kan SPRÅK 4 bli brukt dersom barnet behersker norsk godt. I kommentarene understreker helsesøstre at man ved bruk av SPRÅK 4 på tospråklige er avhengig av mange ytre faktorer, noe som gjør bruk av kartleggingsverktøyet mindre aktuelt enn å bruke foreldrenes opplysninger:

” Vanskelig å bruke kartleggingsverktøy som SATS og Språk 4 når barna ikke snakker norsk. ”

” Vanskelig å vurdere med SATS. Hører på foreldrene. ”

” Bruker og vektlegger SATS og Språk 4 i mindre grad enn med norske barn. Naturlig med litt forsinket språkutvikling. Ser det også i sammenheng med hvor lenge de har vært i Norge og om de går i barnehage/har kontakt med norske barn. ”

Resultatene av denne undersøkelsen indikerer dermed at helsesøstre i utvalget har en god forståelse av hvilke metoder er mer effektivt å bruke i kartleggingen framfor de andre. Ekspertene understreker nødvendigheten av å kartlegge flerspråklige barns ferdigheter på begge språk (Paradis et al., 2011; Peña & Bedore, 2009; Salameh, 2008). Dersom kun ferdigheter på ett av språkene blir kartlagt, medfører det et problem med å skille mellom avvik som skyldes for lite eksponering for et språk og en språkvanske (Salameh, 2008). De nasjonale faglige retningslinjene (Shdir, 2006a) følger dette prinsippet og anbefaler å kartlegge eller i alle fall innhente informasjon om barnets ferdigheter på morsmålet så vidt dette lar seg gjennomføre (Oxford Research, 2008).

Helsesøstrene i utvalget kartlegger morsmål på flere måter. 90 % gjør dette gjennom foreldrenes opplysninger. Som vist i kommentarene ovenfor, tar helsesøstre gjerne kontakt med barnehager for å få flere opplysninger om barns språklige fungering på norsk. Noen foretar til og med observasjoner av barn i barnehagen. Dette er i tråd med både forskning (Salameh, 2008) og faglige retningslinjer. Helhetlig tilnærming i vurdering av tospråklig utvikling er grunnleggende. Undersøkelsen viser at mange helsesøstre i dette utvalget er opptatt av denne helheten og gjør reelle forsøk på å oppnå den i sin praksis. Nesten 10 % av utvalget sier at de bruker sitt eget morsmål i språkkartleggingen. Det hadde vært interessant å undersøke om noen av helsesøstre har annet morsmål enn norsk. Da jeg planla undersøkelsen, tenkte jeg å ha et spørsmål om informantenes morsmål i spørreskjemaet. Dette spørsmålet ble allikevel ikke med, så derfor vil jeg ikke gå videre inn på helsesøstrenes morsmål siden de like godt kunne ha ment norsk.

5.2.1 Helsesøstrenes bekymring

Begrepet normalitet i språkutvikling er flytende på grunn av store individuelle variasjoner, og i enda høyere grad når tospråkighet kommer inn i bildet (Salameh, 2008). Nasjonale faglige retningslinjer (SHdir, 2006a) stiller krav til helsepersonell om kjennskap til normal språkutvikling. Det er meget viktig å ha adekvate forventninger til barns talespråk for å kunne avgjøre om barnets språkutvikling normal eller om det er språkforsinkelse / tegn på språkvansker (Paradis et al., 2011). Det som vekker bekymring hos de fleste informantene og regnet som et bekymringstegn, er når barnets tale er uforståelig (se Tabell 2 i resultatdelen). Angående barn i ett- og toårsalderen, var helsesøstrene spesielt oppmerksomme på tegn knyttet til forståelse og litt mindre opptatt av ekspressivt språk. Helsesøstrene er kjent med at språkutvikling foregår i ulik takt hos ulike barn. Utvikling av språkforståelse begynner tidligere og går foruten av utviklingen av ekspressivt språk. Barn i tidlig alder forstår normalt mye mer enn de kan uttrykke (Espenakk et al., 2007; Haga, 2006; Grøholt et al., 2001;). Helsesøstrene er også oppmerksomme på tidspunktene for oppnåelse av språklige milepæler. Akkurat dette er omtalt i faglitteraturen som tydelig grunn til bekymring (Berk, 2009; Hulme & Snowling, 2009; Leonard, 2000; Paradis et al., 2011; Rygvold, 2008b). Det at et en toåring ikke setter to ord sammen bekymrer 53 % av informantene, mens 25 % er bekymret når treåringen ikke setter tre ord sammen. Den første variabelen refererer til ”femtiordegrensen” - en viktig milepæl der barnet begynner å kombinere ord når dets ordforråd oppnår 50 ord. Det er grunn til bekymring hvis dette ikke skjer. Hvis denne milepælen er oppnådd og barnet

”avventer litt” med å utvide setningsstrukturen til tre og flere ord ved treårsalderen, kan dette anses å være innenfor normal variasjon.

Nesten halvparten av respondentene (46,6 %) synes det er alvorlig når en fireåring gjør mange grammatiske feil. I teorikapittelet har jeg vært inne på at nettopp den grammatiske siden av barnets språk kan bli spesielt påvirket ved både språkvansker og tospråklighet. I faglitteraturen nevnes det både grammatiske feil, unnlatelse av artikler, hjelpeverb eller grammatiske markører, og mye annet (Bishop, 1997; Bjerkan, 2000; Espenakk et al., 2007; Hulme & Snowling, 2009; Leonard, 1998; Leonard, 2000; Leonard, 2009a; Ottem, Lian, 2008; Paradis et al., 2011; Rygvold, 2008b). Svarene i undersøkelsen viser at informantene har god forståelse på denne problematikken.

At barnet blander ord fra flere språk innen en ytring, bekymrer 30 % av helsesøstrene. Ifølge forskningsdata som ble gjennomgått i det teoretiske kapittelet, er språkblanding en naturlig og unngåelig del av tospråklighet (Genesee & Nicoladis, 2006; Paradis et al., 2011). Tospråklige barn lærer seg gradvis å håndtere den på en riktig måte. Det som er avgjørende i denne prosessen, er positive eksempler hos sine nærmeste (Genesee, 1989; Genesee, 2009; Lanza, 1997; Paradis et al., 2011). Derfor er det viktig å snakke om det med familien slik at de kan tilpasse sine språkvaner til barnets språkutvikling.

I vurderingen av tospråklig utvikling opplever helsesøstrene ofte at barn er forsinket i språket og/eller er vanskelige å forstå på grunn av språkblanding og manglende ordforråd. Barn snakker ofte bare sitt første språk, og all kommunikasjon foregår med foreldrene på morsmålet. Problemer med forståelse ble stadig trukket frem.

”Disse barna vil ofte ikke snakke med helsesøster (spesielt de små). De er stille under konsultasjonen. Jeg må ofte spørre foreldrene om barnet kan ord og snakker i setninger og da handler det stort sett om morsmål.”

”Barn med flere enn to språk kan være vanskelig å forstå – blander mange ord og vanskelig uttale.”

”Norsk forstår de svært sjeldent ved ett års alder, men de forstår i følge foreldrene ofte morsmålet sitt.”

De fleste av helsesøstrene synes det er vanskelig å skille mellom tegn på språkvansker og påvirkninger av tospråklighet i barns tale. Å forstå om språklige avvik skyldes språkvansker eller følger av flerspråklighet, er et økende problem i verdens språk- og spesialpedagogikk. I Innledningen har jeg vært inne på dette samt på omfattende tiltak som har blitt gjort for å løse utfordringen på verdensbasis.

5.3 Helsesøstrenes råd

Helsesøstrenes eksempler på råd de gir, ble et høydepunkt i undersøkelsen. Det var uten tvil en riktig beslutning å ta med et åpent spørsmål om dette i undersøkelsen. De innhentede empiriske dataene har bidratt til å få innsikt både i helsesøstrenes kompetanse og deres holdninger til tospråklighet. Det ville ikke vært mulig å få så mye variert informasjon gjennom et lukket spørsmål.

De fleste informantene anser bruk av morsmålet i familiens kommunikasjon med barnet som viktig. Rådene er: *"Viktig at foreldrene snakker morsmålet til barnet sitt", "snakk morsmålet/ hjertespråket hjemme", "At de skal snakke morsmål med barnet", "de bør prate sitt morsmål med barnet, da det er språket de behersker best".*

Flest svar angikk imidlertid språkstimulering. Helsesøstrene nevner ulike typer språkstimulering som å *"snakke mye med barnet", "benevne det man ser, hører, føler..."*, *"sette ord på det barnet er opptatt av..", "gjenta det barnet sier på en riktig måte"* og til og med å *"bade i språk"*. Det ble nevnt bøker, pekebøker, bildebøker og sang. I mange av disse rådene peker helsesøstrene på at språkstimuleringen skal foregå på morsmål.

Mye ble sagt om stimulering av barns ferdigheter på norsk. Dette anbefales i hovedsak ved å ha barnet i barnehage. Mange har påpekt at barnet må begynne i barnehagen helst fra toårsalderen. Det understrekes at barnet skal sosialiseres med norske barn også på andre arenaer ved å *"sørge for at barnet er i et miljø som fremmer norskinnlæring"* eller *"omgås norske barn på fritiden"*. Noen informanter synes at foreldrene burde bidra til dette også hjemme, særlig dersom en av dem er norsk. I noen råd ble det nevnt bevisst læring – gjennom å *"bruke læring bevisst i daglige situasjoner som f.eks "det er en hund. Hva heter hund på norsk"*.

Det ble nevnt "en person - ett språk"-prinsippet, og påpekt at språkene hjemme ikke bør blandes: *"være konsekvente på at samme person snakker eit språk til barnet", "den norske forelderen må snakke konsekvent norsk med barnet, den utenlandske konsekvent sitt språk med barnet"*. En informant anbefaler å *"ha det som regel å snakke morsmål hjemme- og norsk ute fra barnet er født"*. Flere understreker at foreldrene bør lære seg norsk: *"At de skal lære seg norsk og hjelpe barnet med norske ord", "foreldre må bistå barna når de skal lære andre språk"*.

Det er mulig å si at helsesøstrene setter fokus på at familien bør ha orden i sin språkbruk slik at de unngår språklig kaos. Det er omgivelsenes ansvar å skape en gunstig språksituasjon når barnet er sen med språket eller viser avvikende språkmønstre (Genesee, 1989; Genesee, 2009; Lanza, 1997; Paradis et al., 2011). At helsesøstrene i sin rådgivning retter fokuset mot foreldrenes ansvar er i tråd med prinsippene i helsefremmende og forebyggende arbeid (Nordhuus & Ree, 2002).

Jeg har registrert at det ikke ble satt så sterkt fokus på videre henvisning. I under 20 av svarene ble det nevnt henvisning til PPT og logoped. Helsesøstrene velger å samarbeide med barnehagen om henvisning: *Ta saken opp med barnehagen så de kan sette inn tiltak, evt. PPT etter 4-års kontroll.* Det at bare noen få helsesøstre tilrår å sjekke hørselen, er trolig grunnet i at man kan gjøre dette på helsestasjonen.

Den røde tråden i alle de gitte rådene er at man kan bruke språket/morsmålet aktivt, involvere andre mennesker og miljøer og være kreativ (Ibsen, 2007). Det er mulig å si at dette utvalget kjennetegnes av en særdeles positive holdninger overfor tospråklighet: *” barn som behersker morsmålet, lærer ofte bedre språk nummer to enn de som ikke behersker morsmålet”, ” gir foreldre bedre mulighet til å rettlede/veilede barnet når de snakker samme språk godt ”, ” det er normalt at tospråklige har litt forsinket språkutvikling, men de profitterer på det senere ”.*

I forbindelse med rådgivning er det interessant å se på korrelasjoner mellom variablene som kan gi grunn til å la være å snakke morsmålet hjemme og antall helsesøstre som synes at barnet kunne profittert på ikke å snakke morsmålet. Tallene er presentert i resultatdelen.

De mest valgte variablene er sammensatt familiesituasjon, forståelsesvansker hos barnet, at barnet har problemer med å uttrykke seg samt familiens språklige og kulturelle bakgrunn. De positive korrelasjonene gir grunn til å tro at det er en teoretisk mulighet til at en helsesøster kan allikevel fraråde en familie å bruke morsmålet eller bruke bare ett av språkene i en periode hvis en av disse faktorene er inne i bildet. Helsesøstrene er klare over faktorene som er med på å svekke forutsetninger for en bra tospråklig oppvekst, men i sine råd fremhever de først og fremst mulighetene. Overskriften i denne oppgaven heter ”Ett eller to?”. Denne frasen sier noe om mitt forsøk på å finne ut av om det kan anbefales å tilegne og lære ett eller to språk til barn som ikke er så godt rustet med lingvistiske evner, kanskje forsinket i sin språkutvikling og i tillegg kommer fra tospråklige familier. Skal de vokse opp som flerspråklige og nyte alle fordeler ved dette? Eller bør de bare lære seg kun det språket som de skal bruke mest, altså omgivelsenes språk, for å redusere belastningen på sitt kognitive system og la være å bruke sitt morsmål? Jeg var nysgjerrig på hva helsesøstrene vil tilråde dem og

deres familier. Resultatene av denne kvantitative undersøkelsen har vist at svaret vil sannsynligvis bli: ”To!”.

5.3.1 Validitet og reliabilitet

Indre validitet

Det var planlagt å se på samvariasjonen mellom variablene i undersøkelsen. Resultatene har vist at det er korrelasjon mellom noen variabler i undersøkelsen. Flere korrelasjoner er signifikante enten på 0,05 eller på 0,001 nivå (Spearman’s rho). Dette tillater å anta at det er noen grad av indre validitet i undersøkelsen.

Ytre validitet

Ytre validitet handler om å kunne generalisere funn over til større populasjoner. Blant trusler mot ytre validitet nevnes for lite eller ikke representativt utvalg (Lund, 2002a). I denne undersøkelsen er både størrelsen på utvalget og representativitetsproblemet med på å svekke den ytre validiteten. Ut fra dette kan jeg si at min undersøkelse har svak ytre validitet. Ytre validitet er imidlertid mindre relevant i grunnforskning enn i anvendt forskning siden den sistnevnte danner grunnlag for praktisk anvendelse av resultatene (Lund, 2002a). Som en beskrivende studentundersøkelse hører denne oppgaven til grunnforskningen. Derfor håper jeg at generaliseringsproblemet ikke vil være en alvorlig ulempe ved denne oppgaven.

Begrepsvaliditet

I denne oppgaven er det lagt ned en betydelig innsats for å styrke begrepsvaliditeten. Det vil si hvorvidt mitt spørreskjema var konstruert slik at det målte det det var ment til å måle og hvorvidt jeg får svar på forskningsspørsmålene og problemstillingen i min undersøkelse.

Jeg har et åpent spørsmål og flere kommentarfelt i spørreskjemaet. Å ha et åpent spørsmål i undersøkelsen gir informantene mulighet til å uttrykke egne meninger og er i seg selv med på å styrke begrepsvaliditeten. I lukkede spørsmål brukte jeg ofte formuleringen ”*Hvordan (Hvor ofte osv.) opplever du ...*” fordi jeg ønsket å få tak i informantenes egne erfaringer og opplevelser.

Jeg har brukt ulike operasjonaliseringer på samme begrep for å gjøre målinger så valide som mulig. I operasjonaliseringene brukte jeg flere ulike tilnærminger for å kunne oppnå høyere grad av validitet og reliabilitet i undersøkelsen ettersom bruken av flere ulike typer spørsmål styrker empirisk representasjon av et teoretisk begrep (Kleven, 2002a). Eksempler på ulike

operasjonaliseringer av forskningsspørsmålene er gitt i avsnitt 3.5. Det ble blant annet stilt flere ulike typer spørsmål for å avklare helsesøstrenes holdninger til bruk av morsmål i tospråklige familier. Først ble det stilt et direkte spørsmål: *Synes du at et tospråklig barn kan i noen tilfeller profitte på at familien velger å snakke norsk med barnet?*. Hvis informanten svarte ja, hadde hun mulighet til å besvare et utdypende spørsmål *Hva kan bli grunnen til å la være å snakke morsmålet i hjemmet?* Et annet sted i undersøkelsen måtte helsesøstre svare på om de var enige eller uenige med ulike utsagn angående tospråklig utvikling og bruk av morsmål og andre språk i familien. Gjennom dette fikk jeg et objektivt inntrykk av helsesøstrenes kunnskap om ulike aspekter av tospråklig utvikling. Til slutt ble det gitt eksempler på råd helsesøstre gir til familiene. I rådene har helsesøstrenes kunnskap, meninger og erfaringer med tospråklighet kommet til uttrykk.

En deskriptiv undersøkelse skal gi en beskrivelse av egenskaper ved utvalget på et gitt tidspunkt (Gall et al., 2007). Analysen av de gitte råd var med på å utvide grunnlaget for å trekke slutninger om hva som kjennetegner nåværende praksis på norske helsestasjoner.

Reliabilitet

Reliabilitet handler om pålitelighet og kan testes ved at en annen forsker har fått like resultater hvis han hadde benyttet dette spørreskjemaet på et annet tidspunkt. I redegjørelsen av metode nevnes det tre aspekter av reliabilitet: stabilitet, ekvivalens og vurdererreliabilitet (Kleven, 2011d).

Informantenes dagsform og tidspunkt for administrering kan påvirke stabiliteten. I min undersøkelse var stabilitetsaspektet styrket ved at informantene selv kunne bestemme når de skulle fylle ut spørreskjemaet. Helsesøstre ble opplyst om at undersøkelsen ikke var en kunnskapsprøve. Derfor ville trolig ikke svarene blitt særlig annerledes hvis undersøkelsen var blitt gjennomført på et annet tidspunkt.

Ekvivalensaspektet ble styrket ved å stille flere spørsmål om det samme begrepet i undersøkelsen. Samtidig kan jeg ikke la være å nevne at det var en del for lange formuleringer og at noen spørsmål var vage og kunne blitt formulert mer presis. Ulempene kan forklares med manglende erfaring med slike undersøkelser. Dette kunne ha påvirket svarene i noen grad. Det at fleste spørsmålene i spørreskjemaet var lukkede, altså datainnsamlingen var standartisert, var med på å redusere tilfeldige feil og dermed styrke reliabiliteten. Svarene på det åpne spørsmålet kunne imidlertid blitt forskjellige i en annen undersøkelse.

Vurdererreliabilitet er knyttet til hvorvidt forskeren selv påvirker resultatene. Dataene i denne undersøkelsen ble behandlet i et SPSS-program. Selve beregninger er sånn sett upåvirkelige.

Vurdererrelabiliteten kan bare bli påvirket av min tolkning av tallene. Svarene på det åpne spørsmålet er også blitt statistisk bearbeidet, og bare de svarene som befant seg i grenseland kunne blitt plassert annerledes av en annen forsker. Når jeg presenterer sitatene og drøfter disse, kan man se en fare for at personlig påvirkning vil snike seg inn. Sitatene ble imidlertid tatt med i teksten som illustrasjon, og jeg har ikke tolket formuleringer. Så det er kun mitt valg av visse sitater kan bli en trussel mot reliabiliteten. En annen forsker kunne ha gjort et annet valg.

5.4 Etiske vurderinger i undersøkelsen

Informantenes personvern ble forsøkt ivaretatt på alle stadier av undersøkelsen. Som planlagt ble det samlet kun indirekte personidentifiserbare opplysninger (sammensetning av bakgrunnsfaktorer som kjønn, alder og bosted). Av personvern hensyn har jeg valgt å spørre om respondentenes bosted framfor arbeidssted og bostedsfylke framfor kommune.

Undersøkelsen viste at anonymiteten var et særdeles viktig poeng for informantene. Det var 17,8 % av informantene som unnlot å oppgi sin alder i og med at svaralternativene på alder ble gitt i kategorier (31-40, 41-50 osv). Det er vanskelig å finne en mer nærliggende årsak til dette enn personvern. Alderen kan bli den faktoren som i kombinasjon med andre personidentifiserbare opplysninger fører frem til den aktuelle personen. Helsesøstrene var blitt informert om at spørreskjemaet var anonymisert (Vedlegg 1), men dette førte trolig ikke frem. Man kan anta at informantene har glemt å besvare spørsmålet, men en så høy ubesvarte spørsmål støtter ikke en slik antagelse.

5.5 Avsluttende oppsummering

Nå ønsker jeg å oppsummere resultatene av undersøkelsen med tanken på å besvare problemstillingen. Problemstillingen for denne oppgaven var:

Hvordan forholder helsesøstre seg til tospråklige familier der barnet har språkforsinkelser eller viser tegn på språkvansker?

Ved hjelp av spørreskjemaet har utvalget bestående av 73 helsesøstre som jobber ved norske helsestasjoner svart på ulike spørsmål omkring dette temaet. Problemstillingen og spørreskjemaet ble konstruert ut fra fem forskningsspørsmål. Disse skal jeg forsøke å besvare i dette kapittelet.

1) Hvilke metoder og verktøy brukes av helsesøstre på helsestasjoner i vurdering av språkutviklingen til barn fra tospråklige familier?

Undersøkelsen viste at helsesøstrene bruker et bredt spekter metoder og verktøy i vurdering av språkutviklingen hos tospråklige barn. I sitt arbeid går de ut fra nasjonale faglige retningslinjer utgitt av Sosial-og helsedirektoratet (SHdir, 2006a). Blant metodene ble det nevnt systematisk observasjon med bruk av observasjonsverktøyene SATS og SPRÅK 4 samt samtale med foreldre. De fleste helsestasjoner har fireårskontroll. Målgruppen tospråklige ofte har utilstrekkelige norskkunnskaper, og arbeidet med dem kjennetegnes ved bruk av tolk eller telefontolk. Tolk kan brukes både i samtale med foreldre og i kartlegging av barns språk. Helsesøstrene legger imidlertid til at bruk av tolk ofte ikke passer i forbindelse med kontakt med barn. Tospråklige foreldre som kan godt norsk kan bidra ved å selv bli tolk for sine småbarn. De kan delta i språkkartlegging med SATS eller SPRÅK 4. Et viktig trekk er at helsesøstre innhenter informasjon om barns språkutvikling fra flere kilder, blant annet barnehager. Når barnet forsinket i språket, viser tegn på språkvansker eller ved foreldrenes bekymring, blir familien invitert til ekstra kontroll. Mer enn 60 % av informantene svarer at de gjør noe annerledes når de kartlegger språk hos tospråklige barn. Dette innebærer blant annet kartlegging av barns morsmål som gjennomføres av de fleste informantene. Dette gjøres hovedsakelig gjennom foreldrenes opplysninger, men også ved hjelp av tilfeldig og systematisk observasjon.

2) Hvordan vurderer helsesøstre sin kunnskap om tospråklighet og språkvansker hos barn?

En tredjedel av utvalget opplever at deres kunnskap om tospråklighet og språkvansker er tilstrekkelig for å gi informasjon, råd og veiledning til tospråklige foreldre, og omtrent like mange opplever dette i varierende grad. Tallene tyder på at det er informasjonsbehov på skjæringspunktet mellom språkvanskene og tospråklighet. Kunnskaper om tospråklighet alene vurderer over 80 % av informantene som tilfredstillende, gode og svært gode. For å sjekke om helsesøstrenes egne vurderinger er objektive, ble det innhentet data om helsesøstrenes informasjonsnivå. Siden denne undersøkelsen ikke var en kunnskapsmåling, ble disse data innhentet indirekte gjennom ulike operasjonaliseringer. De fleste av helsesøstrene hadde språkvansker som tema i helsesøsterutdanningen, litt færre av dem har lært om tospråklighet. Korrelasjonen har vist at jo eldre helsesøsteren er, desto færre hadde lært om tospråklighet. I sitt vurdering av bekymringstegn viste informantene god kjennskap til typisk enspråklig utvikling. De viste også et ganske høyt informasjonsnivå da de vurderte ulike utsagn om

tospråklig utvikling. Over 80 % av informantene har angitt at de har fått veiledning rundt tospråkighet, og dette kan ha bidratt til høyt informasjonsnivå. Oppsummert er det mulig å si at helsesøstrenes positive vurdering av egne kunnskaper om temaet var objektiv og stemte med realiteten.

3) *Hvordan ser helsesøstre på sin oppgave som rådgiver til tospråklige familier der barn viser tegn på språkvansker?*

Undersøkelsen har vist at det klare flertall av helsesøstrene i utvalget opplever det som sin oppgave å informere, gi råd og veiledning til tospråklige familier der barn muligens har språkvansker. Halvparten av utvalget opplever dette i betydelig grad, og 30 % i svært stor grad. Mange informanter understreker imidlertid at ansvaret skal deles mellom helsestasjonen og andre instanser og fremhever betydningen av tverrfaglig samarbeid: *"Jeg mener det er vår oppgave, men i samarbeid med personell i barnehage", "Ved normalutvikling er dette helsesøstres jobb+barnehagene, ved forsinket utvikling PPT+barnehagene."*

Det kommer tydelig frem i svarene at helsesøstrene står for samarbeid og fordeling av ansvaret, men ikke for å legge hele ansvaret over på barnehagene.

4) *Hva kjennetegner råd helsesøstre gir til tospråklige foreldre når deres barn viser tegn på språkvansker?*

Fritekstsvarene har gitt mye empirisk data og avdekket helsesøstrenes underliggende holdninger og kompetanse. Flertallet av helsesøstre i utvalget tilrår foreldre å bruke morsmålet aktivt i kommunikasjon med barnet. Det ble gitt mange varierte praktiske råd angående språkstimulering hjemme. Språkstimulering både på morsmål og på norsk har vært i fokus. Det er et viktig poeng, og de aller fleste autoriteter på feltet anser eksponering for språk som en avgjørende faktor i tospråklig utvikling (Espenakk et al., 2007; Genesee, 1989; Nettelbladt et al., 2008; Paradis et al., 2011; Salameh, 2008; Tokuhami-Espinosa, 2001), noe som viser at helsesøstrenes rådgivning skjer på bakgrunn av nyere forskning på feltet. Familiens ansvar for tilrettelegging for barns tospråklige oppvekst ble fremhevet. I mange svar kommer det frem positive holdninger til bruk av morsmål i tospråklige familier. Et annet viktig aspekt som kommer frem her, er helsesøstrenes aktive innstilling. Denne går som en rød tråd gjennom alle rådene. Det var ingen som på noen måte tilrødte "å vente og se" på barnets utvikling.

5) *Er nåværende praksis på norske helsestasjoner i arbeid med tospråklige familier oppdatert i forhold til nyere forskning på dette feltet?*

Informasjonen som er nødvendig for å kunne besvare dette, ble innhentet på en indirekte måte. I lys av teori presentert i oppgavens første kapittel, ble helsesøstrenes opplysninger analysert. Den helhetlige inntrykket av nåværende praksis ved norske helsestasjoner jeg har forsøkt å skape i denne oppgaven, sier for at denne praksisen er oppdatert i tråd med nyere forskning. Informantene viser gode kunnskaper om både normal og avvikende språkutvikling, betydningen av tidlig språkstimulering og positive effekter av morsmålsbruken på barnets utvikling og familiens økologi. De fleste informantene er positive til bruk av morsmål i flerspråklige familier. Helsesøstrenes gode kompetanse kommer tydelig frem i de språkrelaterte rådene de gir til tospråklige familier. De bruker et bredt spekter av metoder i vurdering av barns språk, kartlegger tospråklige barns morsmål, innhenter aktivt informasjon om barns språkutvikling fra flere kilder og legger vekt på tverrfaglig samarbeid. I tillegg, etter avsluttende kommentarer å dømme, synes mange at oppgavens tema var viktig. Resultatene av denne undersøkelsen ikke skal generaliseres, men kan gi grunn til å anta at det trolig er en tendens i hvordan helsesøstre arbeider med tospråklige familier til barn med mulige språkvansker.

5.6 Veien videre

Temaet er omfattende, og det kan bli foretatt ulike typer studier på dette feltet. Det hadde vært interessant å foreta en kvalitativ studie gjennom å intervju helsesøstre om hvordan de forholder seg til tospråklige familier og hvilke utfordringer de møter i sin daglige praksis. Det er mulig å tenke seg å intervju tospråklige foreldre om veiledningen de har fått på helsestasjon. En slik studie kan ha en praktisk betydning ved å vise frem forbedringspotensialet i helsestasjonens språkrelaterte arbeid. Man kan forsøke å intervju logopeder om hvordan de samarbeider med helsestasjoner. Denne oppgaven har vist at disse to yrkesgruppene er ikke så mye i kontakt, i hvert fall når det gjelder tospråklige barn. Man kan selvsagt foreta flere kvantitative studier. Ved å gjennomføre mange og ulike undersøkelser av det samme forskningsproblemet, kan man belyse det for å kunne generalisere resultatene på en større populasjon.

Litteraturliste

- Aagaard, K.E. (2010) *Den språklige faktoren. Pedagogisk-psykologisk utredning av barn med minoritetsspråklig bakgrunn*. Doktoravhandling. Oslo: Psykologisk institutt, UiO
- Austin, J.L. (1962) *How to do things with words?* Oxford: Oxford University Press.
- Baddeley, A. (2003) Working memory and language: an overview. *Journal of Communicative Disorders*, 36, 189-208
- Baker, C. (2006) *Foundations of Bilingual Education and Bilingualism* (4 utg.) Clevedon: Multilingual Matters.
- Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet (2010) *Småbarnsforeldres rettigheter*.
- Befring, E. (2007) *Forskningsmetode - med etikk og statistikk*. Oslo: Det norske samlaget.
- Bele, I.B. (2008) Tilnærminger til språkvansker og læring – språk og makt. I I.B. Bele (Red.) *Språkvansker. Teoretiske perspektiver og praktiske utfordringer*. (s.9-29) Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Berk, L.E.(2009) *Child Development*. (8.utg.). Boston: Pearson.
- Bialystok, E. (2001) *Bilingualism in development: Language, Literacy and Cognition*. Cambridge: Cambridge University Press
- Bialystok, E. (2007) Language Acquisition and Bilingualism: consequences for a multilingual society. *Applied Psycholinguistics* 28 (3), 393-397
- Bishop, D. (1997) *Uncommon Understanding: Development and Disorders of Language comprehension in Children* East Sussex: Psychology Press
- Bjerkan, K.M. (2000) *Verbal morphology in specifically language impaired children. Evidence from Norwegian*. Doktorgradsavhandling. Universitet i Oslo. Historisk-filosofisk fakultet.
- Bjerkan, K.M. (2005) Fonologi I K.E.Kristoffersen, H.G.Simonsen & A.Sveen (Red.): *Språk. En grunnbok*. (s. 198-221) Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjerkan, K.M. & Kristoffersen, K.E. (2005) Fonetikk I K.E.Kristoffersen, H.G.Simonsen & A.Sveen (Red.), *Språk. En grunnbok* (s.167-197) Oslo: Universitetsforlaget.
- Bloom, P. (2002) Mindreading, Communication and the Learning of Names for Things *Mind & Language*, 17 (1/2), 37-54.
- Bloom, L. & Lahey, M. (1978) *Language Development and Language Disorders* New York,Santa Barbara, London, Sydney, Toronto: John Wiley & Sons.

- Bloomfield, L. (1933) *Language*. New York: Holt
- Conti-Ramsden, J., Botting, N. (1999) Classification of children with specific language impairment: longitudinal considerations. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42(5), 1195-1204.
- Cook, T.D., Campbell, D.T. (1979) *Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Cummins, J. (2000) *Language, Power and Pedagogy: Bilingual children in the crossfire*. Clevedon: Multilingual Matters.
- Dalin, A. & Strand, E. (2007/08/09) *SPRÅK 4. Hvordan ta kartleggingsverktøyet i bruk? Implementeringsguide inkludert tverrfaglig samarbeid*. Ressursgruppen 2007/08/09
Hentet 03.02.13 fra <http://www.imdi.no/no/Kunnskapsbasen/Innholdstyper/Laringsressurser/2009/Implementeringsguide-for-sprakkartleggingsverktoyet-SPRAK4/>
- De Houwer, A. (2005) Early bilingual acquisition separate development hypothesis. In J.F.Kroll & A.M.B. De Groot (Eds.) *Handbook of Bilingualism: Psycholinguistic Approaches*. New York: Oxford University Press
- De Houwer, A. (2009) *Bilingual First Language Acquisition* Clevedon: Multilingual Matters
- Den nasjonale forskningsetiske komitè for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) (2006) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora juss og teologi*.
Hentet 15.03.2013 fra <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- De Vaus, D. (2002) *Surveys in Social Research*. (5.utg.). London: Routledge.
- Diebold, A.R. (1964) Incipient bilingualism. In Hymes, D. (Ed.), *Language in Culture and Society* (s.495-511) New York: Harper & Row.
- Dillman, D., A. (1978) *Mail and Telephone Surveys: The Total Design Method* New York: Wiley
- Dillman D., A. (2000) *Mail and Internet Surveys: The Total Design Method* New York: Wiley
- DSM-IV (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM-IV).Hentet 14.05.2012 fra: <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>
- Edwards, J. (2008) Foundations of Bilingualism. I T.K.Bhatia, W.C.Ritchie (Eds.) *The Handbook of Bilingualism*. (s.7-32) Oxford: Blackwell Publishing.

- Egeberg, E. (2008) Erfaring og språk. Utfordringer i utredning og kartlegging av minoritetsspråklige. I R. Dahl, G.Kvitvik og V. Saltveit (red) *Utfordringer og muligheter: en artikkelsamling om arbeid med barn, unge og voksne med sammensatte lærevansker*. (s. 123-135) Torshov kompetansesenter.
- Egeberg, E. (2012) *Flere språk- flere muligheter. Flerspråklighet, tilpasset opplæring og spesialpedagogisk metodikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Eide, S. (2013) - *Det er lettere å snakke om gutteting med ham...* NRK Nordland 11.06.2013
Hentet 08.09.2013 fra http://www.nrk.no/nordland/atte-mannlige-_helsesostre_-i-norge-1.11073565
- Engen, T. O. & Kulbrandstad, L.A. (1998). *Tospråklighet, minoritetsspråk og minoritetsundervisning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ersvik, A.G. & Østli, L. (2012) Behov for økt kompetanse. *Tidsskrift for helsesøstre*, nr.1, 2012, 24-25.
- Espenakk, U., Frost, J., Høigaard, B., Klem, M., Monsrud, M.-B., Ottem, E., Utgård., T. (2007) *Språkveilederen* Oslo: Bredtvet kompetansesenter.
- Gall, M.D., Gall, J.P. & Borg, W.R. (2007) *Educational Research: an Introduction*. (8.utg.). Boston: Allyn and Bacon.
- Gathercole, V.C.M. (2010) Interface or face to face? The profiles and contours of bilinguals and specific language impairment. I *Applied Psycholinguistics*, 31 (2), 282-293
- Genesee, F. (1989) Early bilingual language development: one language or two? *Journal of Child Language*, 16 (1), 161-179.
- Genesee, F. (1993) Bilingual Language Development in Preschool Children, In D.Bishop and K.Mogford (Eds.), *Language Development in Exceptional Circumstances* (s.10-29) Hove, Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates
- Genesee.,F. (2004) Bilingual First Language Acquisition in Perspective In P.McCardle, E.Hoff (Red.) *Childhood Bilingualism: Research on Infancy through School Age*. (s.45-67) Clevedon: Multilingual Matters.
- Genesee, F. & Nicoladis, E. (2006) Bilingual First Language Acquisition I E.Hoff, M.Shatz (Red.), *Blackwell Handbook of Language Development* (s.324-342) Malden, Mass: Blackwell.
- Genesee, F. (2009) Early Childhood Bilingualism: Perils and possibilities *Journal of Applied Research on Learning*, Vol.2, special issue, article 2, april 2009.

- Grosjean, F.(1989) Neurolinguists, beware! The Bilingual is Not Two Monolinguals in One Person. *Brain and Language*, 36 (1), 3-15
- Grøholt, B., Sommerschild, H. & Garløv, I. (2001) *Lærebok i barnepsykiatri*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gutiérrez-Clellen, V., Simon-Cerejido, G. & Wagner, C. (2008) Bilingual Children with Language Impairment: A comparison with monolinguals and second language learners. *Applied Psycholinguistics*, 29 (1), 3-19
- Haga, O.S.(2006) *Hverdagspediatri*. (4.utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Hagtvet, B.E. & Horn, E. (2008) Forebyggende satsing med vekt på styrking av barns språk. I E.Befring, R.Tangen (red.) *Spesialpedagogikk* (s.433-457) Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Hellevik., O. (2002) *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. (7.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999) LOV-1999-07-02-64: *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet 10.02.2013 fra http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLOV*&&
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003) FOR 2003-04-03 nr 450 : *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet 19.10.2012 fra <http://www.lovdata.no/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) LOV 2011-06-24 nr 30: *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet 10.02.2013 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html>
- Hofstad, E. (2009) Skift ut “jordmor” og ”helsesøster”. I *Sykepleien* fra 13.03.2009, Norsk sykepleierforbund. Hentet fra <http://www.sykepleien.no/nyhet/119356/> 08.04.2013
- Horn, E. & Dalin, A. (2004) *SPRÅK 4*. Bergen: Designtrykkeriet AS
- Horn, E. & Dalin, A. (2008) *SPRÅK 4. Bruerveiledning*. Bergen: Designtrykkeriet AS
- Horn, E. & Hagtvet, B.E. (2005) *SATS (Screening av Toåringers Språk). Håndbok*. Bergen: Designtrykkeriet AS
- Hulme, Ch. & Snowling, M. (2009) *Developmental disorders of Language Learning and Cognition*. Oxford: Wiley-Blackwell

- Høgskolen i Bergen (HiB) (2012) *Fagplan for masterutdanning i klinisk sykepleie, helsesøsterutdanning, del 1*. Hentet 10.02.2013 fra <http://student.hib.no/fagplaner/ahs/fagplan.asp?kode=HSH>
- Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) (2012) *Programplan for helsesøsterutdanning, kull 2013*. Hentet 10.02.2013 fra http://www.hioa.no/Mediabiblioteket/node_52/node_869/HF/node_996/Programplan-helsesøsterutdanning-kull-2013
- Ibsen, H. (2007) *Språkstimulering. Råd og tips til foreldre etter 4,5 års kontroll på helsestasjon*. Bærum kommune.
- Integrerings- og Mangfoldsdirektoratet (IMDi) (2009) *Forsøk med språkkartlegging av førskolebarn på helsestasjoner med bruk av SPRÅK 4. Kartlegging av flerspråklige barn. Spredning av erfaringer fra de tre første årene. Årsrapport 2009*. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th Revision (ICD-10) Version for 2010. Hentet 04.02.2013 fra <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F80-F89>
- Johannessen, E., Kokkersvold, E., & Vedeler, L. (2010) *Rådgivning. Tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis*. (3.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Karlsen, E.J. (2006) Språkvansker hos minoritetsspråklige barn, unge og voksne. I *Norsk Logopedlags småskrifter* nr.7. Oslo: Norsk Logopedlag.
- Kleven, T.A. (2002a) Begrepsoperasjonalisering I T.Lund (Red.) *Innføring i forskningsmetodologi*. (s.141-183) Oslo:Unipub forlag.
- Kleven, T.A. (2002b) Ikke-eksperimentelle design I T.Lund (Red.) *Innføring i forskningsmetodologi*. (s. 265-286) Oslo:Unipub forlag.
- Kleven, T.A. (2011a) Forskning og forskningsresultater. I T.A.Kleven (Red.), F.Hjardemaal, K.Tveit *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. (2.utg.) (s. 9-27) Oslo:Unipub forlag.
- Kleven, T.A. (2011b) Data og datainnsamlingsmetoder. I T.A.Kleven (Red.), F.Hjardemaal, K.Tveit *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. (2.utg.) (s. 27-49) Oslo:Unipub forlag.
- Kleven, T.A. (2011c) Statistikk. I T.A.Kleven (Red.), F.Hjardemaal, K.Tveit *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. (2.utg.) (s. 49-85) Oslo: Unipub forlag.

- Kleven, T.A.(2011d) Hvordan er begrepene operasjonalisert? Spørsmålet om begrepsvaliditet. I T.A.Kleven (Red.), F.Hjardemaal, K.Tveit *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering.* (2.utg.) (s. 85-103) Oslo:Unipub forlag.
- Kleven, T.A. (2011e) Hvilke alternative forklaringer er mulige? Spørsmålet om indre validitet. I T.A.Kleven (Red.), F.Hjardemaal, K.Tveit *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering.* (2.utg.) (s. 103-123) Oslo:Unipub forlag.
- Kleven, T.A. (2011f) Hvilken kontekst er resultatene gyldige i? Spørsmål om ytre validitet. I T.A.Kleven (Red.), F.Hjardemaal, K.Tveit *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering.* (2.utg.) (s.123-139) Oslo:Unipub forlag.
- Konhert, K. (2010) Bilingual Children with Primary Language Impairment: Issues, Evidence and Implications for Clinical Actions. *Journal of Communication Disorders*, 43 (6), 456-473.
- Konhert, K., Windsor, J., Ebert, K.D. (2009) Primary or “specific” language impairment and children learning a second language, *Brain and language*, 109, 101-111.
- Kunnskapsdepartementet (1995) *Opplæring i flerkulturell Norge*. NOU 1995:12 Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Kunnskapsdepartementet (2006) ... *og ingen sto igjen. Tidlig innsats for livslang læring*. Stortingsmelding nr.16 (2006-2007). Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Landsgruppen av helsesøstre (LaH NSF) (2013) *Spesialistgodkjenning av helsesøstre*. Hentet 20.03.2013 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/Content/696919/Helses%F8sters%20kompetanse,%20fullversjon.pdf>
- Lanza, E. (1997) *Language mixing in infant bilingualism: a sociolinguistic perspective*. Oxford: Clarendon Press.
- Lassen, L. (2002) *Rådgivning. Kunsten å hjelpe*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lassen, L. (2008) *Hvordan prinsippene i empowerment kan anvendes som metode ved spesialpedagogisk utviklingsarbeid* I E.Befring & R.Tangen (Red.) *Spesialpedagogikk* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Leonard, L.B. (1998) *Children with Specific Language Impairment*. London: MIT Press
- Leonard, L. B. (2000) Specific language impairment across languages I D.V.M.Bishop & L.B.Leonard (Eds.), *Speech and language Impairments in Children: Causes, Characteristics, Intervention and Outcome*. (s.115-129) East Sussex: Psychology Press.

- Leonard, L. (2009a) Language Symptoms and Their Possible Sources in Specific Language Impairment, I E.L.Bavin (Ed.) *The Cambridge Handbook of Child Language* (s. 433-445) Cambridge: Cambridge University Press.
- Leonard, L. B. (2009b) Cross-Linguistic Studies of Child Language Disorders I R.G. Schwartz (Ed.), *Handbook of Child Language Disorders*. (s.308.323) New York: Psychology Press.
- Lervåg, A., Melby-Lervåg, M. (2009) *Muntlig språk, ordavkoding og leseforståelse hos tospråklige: en sammenfatning av empiriske studier*. I Norsk pedagogisk tidsskrift 2009, nr.4
- Lund, T. (2002a) Metodologiske prinsipper og referanserammer. I T.Lund (Red.), *Innføring i forskningsmetodologi*. (s.79-123) Oslo:Unipub forlag.
- Lund, T. (2002b) Generaliseringsproblematikk. I T.Lund (Red.), *Innføring i forskningsmetodologi*. (s. 125-139) Oslo: Unipub forlag.
- Løntoft, J. (1999) *Tosprogede småbørns tale- og sprøgvanskeligheter*. Herning: Special-pædagogisk forlag.
- Macnamara, J. (1966) *Bilingualism and Primary Education*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Macnamara, J. (1969) How Can One Measure the Extent of a Person's Bilingual Proficiency? In L.G.Kelly (Ed.), *Description and Measurement of Bilingualism: An International Seminar*. Toronto: University of Toronto Press.
- Meisel, J. (2008) The Bilingual Child. I T.K. Bhatia, W.C. Ritchie (Eds.), *The Handbook of Bilingualism* (s.91-113) Oxford: Blackwell Publishing.
- Moe, R.G., Mothander, P.R.(2009) Kartlegging av vansker hos sped- og småbarn *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 46, nr. 8, 749–756 Hentet 15.10.2012 fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=87479&a=2
- Mogford, K., Bishop, D. (1993) Five questions about language acquisition considered in the light of exceptional circumstances I D.Bishop and K.Mogford (Eds.) *Language Development in Exceptional Circumstances*. Hove Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mordal, T.L. (2000) Som man spør får man svar. Oslo: Universitetsforlaget
- Nettelbladt, U., Samuelsson, Ch., Sahlen, B. & Ors, M. (2008) Språkstörningar hos barn och ungdomar – allmän del. I Netelbladt, U., Hartelius, L., Hammarberg, B. (Red) *Logopedi*. (125-139) Lund: Studentlitteratur AB.

- Nicolosi, L., Harryman, E. & Kreshek, J. (2003) *Terminology of Communicative Disorders: Speech- Language- Hearing*. (5.utg.) Baltimore, Md.: Lippincott Williams & Wilkins
- Nordhuus, I. & Ree, A.O.(2002) *Definisjonskatalogen for helsestasjons- og skolehelsetjeneste*. Trondheim: Kompetansesenter for IT i helsevesenet (KITH), 1.utgave, 01.juli 2002.
- Ottem, E. & Lian, A. (2008) Spesifikke språkvansker 1. I I.B. Bele (red.) *Språkvansker. Teoretiske perspektiver og praktiske utfordringer*. (s. 31-42) Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Oxford Research (2008) *Se han snakker! Evaluering av kartleggingsverktøyet SPRÅK 4*. Oppdrag for IMDi. Oslo: Oxford Research
- Paradis, J. & Crago, M. (2000) Tense and temporality: A comparison between children learning a second language and children with SLI. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 43, 834-847
- Paradis, J., Crago, M, Genesee, F. & Rice, M.L.(2003) French-English bilingual children with SLI: How do they compare with their monolingual peers? *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 46 (1), 113-127
- Paradis, J. (2007) Bilingual Children with Specific Language Impairment: theoretical and applied issues. *Applied psycholinguistics* 28, 551-564
- Paradis, J. (2010) The Interface between bilingual development and specific language Impairment I *Applied Psycholinguistics*, 31, 2, 227-252
- Paradis, J., Genesee, F.& Crago, M.B. (2011) *Dual Language Development and Disorders. A Handbook on Bilingualism and Second Language Learning*. (2.utg.) Baltimore: Paul H.Brooks Publishers Co
- Pearson, B.Z. (2009) Children with two languages. I Edith L.Bavin (ed.) *The Cambridge Handbook of Child Language*. Cambridge: Cambridge University Press, 379-397
- Peña, E.D. & Bedore L.M. (2009) Bilingualism in Child Language Disorders. I R.G. Schwartz (Ed.) *Handbook of Child Language Disorders*. (s. 281-306) NY: Psychology Press.
- Pihl, J. (2005) *Etnisk mangfold i skolen. Den sakkyndige blikket*. Oslo: Universitetsforlaget
- Programplan for helsesøsterutdanning* (2012) Oslo: Høgskole i Oslo og Akershus. Hentet 10.02.2013 fra http://www.hioa.no/Mediabiblioteket/node52/node869/HF/node_996/ Programplan-helsesoesterutdanning-kull-2013

- Plante, E. (1998) Criteria for SLI: The Stark and Tallal legacy and Beyond. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 41(4), 951-957.
- Platou, F. (2011) *Barn med språkvansker – tilretteliggning i skolen*. Kurs 25.oktober 2011. Oslo: Bredtvet kompetansesenter.
- Prosjektgruppa for SPRÅK 4 (2008) *Barnets språkhistorie: et spørreskjema til bruk i foreldresamtale for å kartlegge barnets bruk av morsmål*. Sandvika: Bærum kommune
Hentet 15.03.2013 fra <http://www.imdi.no/Documents/Laaringsressurser/Barnets%20sprakhistorie.pdf>
- Rice, M. (2007) Childeren with specific language impairment: Bridging the Genetic and Developmental Perspective I E.Hoff, M.Shatz (Eds.) *Blackwell Handbook of Language Development* (ss.411-431) Malden, Mass: Blackwell.
- Romaine, S. (1995) *Bilingualism*, 2.utg., Oxford: Blackwell
- Rygvdold, A.-L. (2008a) Språk- og talevansker I A.-L. Rygvold, T.Ogden (Red.) *Innføring i spesialpedagogikk*.(s.195-232) (4. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Rygvdold, A.-L. (2008b) Språkvansker hos barn. I E.Befring, R.Tangen (Red.) *Spesialpedagogikk*. (s.229-249) Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Salameh, E.-K. (2008) Språkstörning i kombinaion med flerspråklighet I Nettelbladt, U., Hartelius, L., Hammarberg, B. (Red.) *Logopedi*. (s.149-156) Lund: Studentlitteratur AB.
- Schwartz, R. (2009) Specific Language Impairment I R. Schwartz (Ed.). *Handbook of Child Language Disorders*. (s. 3-43) NY: Psychology Press.
- Simonsen, H.G., Theil, R. (2005) Morfologi. I K.E.Kristoffersen, H.G.Simonsen & A.Sveen (Red.) *Språk. En grunnbok*.(s.249-294) Oslo: Universitetsforlaget.
- Skutnabb-Kangas, T. (1981) *Tvåspråkighet*. Lund: Liber
- Sosial-og helsedirektoratet (2004) *Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr.450. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1154* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial-og helsedirektoratet (2006a) *Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn. Nasjonale faglige retningslinjer IS-1235* Oslo: Sosial-og helsedirektoratet
- Sosial-og helsedirektoratet (2006b) *Arbeidsrapport for språkundervisning av barn*. Saksnr. 02/9901 Hentet 12.09.2012 fra <http://www.helsedirektoratet.no/>
- Statistisk sentralbyrå (2012) *Demografisk bilde av norske barn*. Hentet 11.01.2013 fra http://www.ssb.no/emner/02/barn_og_unge/2012/bef/

- Stewart, M.S.L. (2010) Language Development in Children with Special Needs. I *International Encyclopedia of Education*. 3d edition, 745-750
- Strand, N., Audestad, P. (2011) Gir skolepolitikkerne strykkarakter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* Vol.48, nr.10, s.1030-1032. Hentet 20.10.12 fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=156739&a=4
- Sundby, J. (2002) Spesifikke språkforstyrrelser. I B.Gjærum, B.Ellertsen (Red.) *Hjerne og atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv... et skritt videre*. (2.utg.) (s.439-475) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sveen, A. (2005) Semantikk. I K.E.Kristoffersen, H.G.Simonsen, A.Sveen: *Språk. En grunnbok*. (s.64-95) Oslo: Universitetsforlaget.
- Tabors, P. O.(2008) *One Child, Two Languages. A Guide for Early Childhood Educators of Children Learning English as a Second Language*. (2.utg.) Baltimore: Paul H.Brooks Publishers Co.
- Tallal, P. (1975) Rapid auditory processing in normal and disordered language development. *Journal of Speech and Hearing Research*, 19, 561-571.
- Tetzchner, S. von (2001) *Utviklingspsykologi: bane-og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tetzchner, S. von, J. Feilberg, B. Hagtvatn, H. Martinsen, P. E. Mjaavatt, H.G. Simonsen og L.Smith (2008): *Barns språk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Tokuhami-Espinosa, T. (2001) *Raising Multilingual Children. Foreign Language Acquisition and Children*, Westport, Connecticut, London: Bergin & Garvey.
- Tomblin, J.B. (2009a) Genetics of Child Language Disorders. I R.G.Schwartz (Ed), *Handbook of Child Language Disorders* (s. 232-256) New York: Psychology Press.
- Tomblin, J.B. (2009b) Children with specific language impairment I E. L. Bavin (Red.), *The Cambridge Handbook of Child Language* (s.417-431) Cambridge: Cambridge University Press.
- Tropper, B, Schwartz, R. (2009) Neurobiology of Child Language Disorders. I R. Schwartz (Ed), *Handbook of Child Language Disorders* (s.174-201) New York: Psychology Press.
- Universitet i Oslo (2012) *Bruerveiledning til Nettskjema*. Hentet 10.03.2013 fra <http://www.uio.no/tjenester/it/applikasjoner/nettskjema/hjelp/index.html>
- Universitet i Oslo (2010a) *Hva er Nettskjema* Hentet 10.03.2013 fra <http://www.uio.no/tjenester/it/applikasjoner/nettskjema/mer-om/>

- Universitet i Oslo (2010b) *IT-sikkerhetshåndbok for Universitet i Oslo*. Hentet 10.03.2013 fra <http://www.uio.no/tjenester/it/sikkerhet/handbok/>
- Utdanningsdirektoratet (2006) *Barn i flerspråklige familier - veiledning til foreldre og ansatte i barnehager og på helsestasjoner*. Hentet 10.02.2013 fra <http://www.udir.no/Utvikling/Artikler-utvikling/Barn-i-flerspraklige-familier/>
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005) *Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanning 60 studiepoeng*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet. Hentet 10.02.2013 fra <http://www.regjeringen.no/>
- Valvatne, H., Sandvik, M. (2007) *Barn, språk og kultur. Språkutvikling fram til sjuårsalderen*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Vygotsky, L. (2006) Mnogojazychie v detskom vozraste (Flerspråklighet i tidlig alder). I L.Vygotsky *Psychologija razvitija rebenka (Barns utviklingspsykologi)*. (s.393-420) Moskva: Eksmo.
- Vygotsky, L.(2006a) Voprosi detskoi psichologii (Spørsmål om barns psykologi). I L.Vygotsky *Psychologija razvitija rebenka (Barns utviklingspsykologi)*. (s.5-199) Moskva: Eksmo.
- Volterra, V., Taeschner, T. (1978) The acquisition and development of language by bilingual children. *Journal of Child Language*, 5, 311-326.
- Wagner, Å.K.H, Strömquist, S., Uppstad, P.H. (2008) *Det flerspråklige mennesket. En bok om skriftspråklæring*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Weinreich, U.(1953) *Languages in contact*. The Hague: Mouton.
- Weismer, S.E., (2000) Intervention for Children with Developmental language delay In D.Bishop, L.Leonard (Eds.) *Speech and language Impairments in Children. Causes, Characteristics, Intervention and Outcome*. (s.157-176) East Sussex: Psychology Press
- Wong-Fillmore, L. (1991) Second Language Learning in Children: A Model of Language Learning in Social Context. I E.Bialystok (Ed.) *Language Prosessing in Bilingual Children* (s.49-69). Cambridge: Cambridge University Press
- Wyatt, T.A (1998) Language structure and Function. I C.Seymour and E.H.Nober (Eds.) *Introduction to Communication Disorders: A Multicultural Approach*. (s.43-58) Boston: Butterworth-Heinemann.
- Øzerk, K. (2008) Vygotsky i tospråklighetsforskningen. I I.Bråten (red.) *Vygotsky i pedagogikken*. (s.160-187) Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

Øzerk, M. (2008) Rådgivning til minoritetsspråklige foreldre fra multikulturelt perspektiv. I R. Dahl, G.Kvitvik og V. Saltveit (Red.) *Utfordringer og muligheter: en artikkelsamling om arbeid med barn, unge og voksne med sammensatte lærevansker* (s.92-108) Torshov kompetansesenter.

Vedlegg 1: Nettskjema

Spørreskjema til helsesøstre vedrørende veiledning av tospråklige familier til barn med språkvansker

NB: Svarene i dette skjemaet er anonymisert.

1. Bakgrunn

Kjønn *

- ☐ Kvinne
☐ Mann

Alder *

- ☐ 21-30
☐ 31-40
☐ 41-50
☐ 51-60
☐ over 60

Hvilket fylke du bor i? *

Velg...

Utdanning *

Helsesøster, utdannet:

- ☐ Sykepleier
☐ Jordmor

Dersom annet, vennligst spesifiser

Var tospråklighet et tema i din utdanning? *

- ☐ ja
☐ nei

Var språkvansker hos barn et tema i din utdanning? *

- ☐ ja
☐ nei

Hvor mange år har du jobbet som helsesøster? *

Tast inn tall fra 0-99

Yrkesgrupper ansatt på din helsestasjon: *

Velg en eller flere

- ☐ Helsesøster
☐ Jordmor
☐ Lege
☐ Fysioterapeut
☐ Logoped

Dersom andre, vennligst spesifiser

2. Tospråklighet og språkvansker

Hvor ofte har du tospråklige familier til konsultasjon? *

Velg...

Hvor ofte opplever du at spørsmål om forsinket språkutvikling eller språkvansker stilles under konsultasjon av tospråklige familier? *

- ☐ Alltid
- ☐ Svært ofte
- ☐ Relativt ofte
- ☐ Av og til
- ☐ Relativt sjeldent
- ☐ Svært sjeldent
- ☐ aldri

Hvor ofte opplever du at tospråklige barn er forsinket i sin språkutvikling i sammenligning med jevnaldrende enspråklige barn? *

- ☐ Nesten alltid
- ☐ Svært ofte
- ☐ Relativt ofte
- ☐ Ofte
- ☐ Relativt sjeldent
- ☐ Svært sjeldent
- ☐ Aldri

Hvor ofte viste de tospråklige barna du hadde til konsultasjon tegn på språkvansker? *

- ☐ Svært ofte
- ☐ Ofte
- ☐ Relativt ofte
- ☐ Relativt sjeldent
- ☐ Sjeldent
- ☐ Svært sjeldent
- ☐ Ikke relevant
- ☐ Aldri

Hvilke bekymringstegn er du oppmerksom på når du vurderer barns tospråklige utvikling? *

Velg ett eller flere alternativer

- ☐ Barnet følger ikke enkle oppfordringer knyttet til situasjonen ved 1-2 år
- ☐ Barnet sier ikke enkelte ord ved ettårsalderen
- ☐ Barnet kombinerer ikke to ord ved toårsalderen
- ☐ Barnet setter ikke tre ord sammen ved tre årsalder
- ☐ Barnet blander ord fra ulike språk i samme setning
- ☐ Barnets tale er uforståelig
- ☐ Barnet gjør mange grammatiske feil ved 4års alderen

Dersom andre, vennligst spesifiser

Hvor vanskelig er etter din mening å skille mellom språkvansker og manglende norskferdigheter hos tospråklige barn? *

- ☐ Svært vanskelig
- ☐ Ganske vanskelig
- ☐ Relativt vanskelig
- ☐ Ikke så vanskelig
- ☐ Lett
- ☐ Svært lett
- ☐ Ikke relevant

3. Kartlegging av barns språk

Gjør du noe annerledes når du kartlegger språk hos tospråklige barn (sammenlignet med vanlig språkkartlegging av norske barn)? *

- ☐ ja
- ☐ nei
- ☐ ikke relevant

Dersom du svarte ja på forrige spørsmål, kan du vennligst angi hva du gjør annerledes

Hvor ofte bruker du observasjonsmetoden SATS (Screening av toåringens språk) ved toårs kontroll? *

Velg...

Har din helsestasjon 4-års kontroll? *

- ☐ ja
☐ nei

Hvis du svarte ja på forrige spørsmål. Hvor ofte bruker du kartleggingsverktøyet SPRÅK 4 ved 4-års konsultasjon?

- ☐ alltid
☐ Svært ofte
☐ Relativt ofte
☐ Relativt sjeldent
☐ Svært sjeldent
☐ Aldri
☐ Vi har ikke 4års konsultasjon

I hvilken grad er den norske utgaven av SPRÅK 4 egnet til kartlegging av språk hos tospråklige barn som ikke snakker godt norsk? *

- ☐ I svært stor grad
☐ I betydelig grad
☐ I noen grad
☐ I liten grad
☐ Ikke egnet i det hele tatt

Hvor viktig er etter din mening å kartlegge tospråklige barns morsmål? *

- ☐ Svært viktig
☐ Veldig viktig
☐ Viktig nok
☐ Ikke så viktig
☐ Uviktig

Kartlegger du tospråklige barns morsmål? *

- ☐ ja
☐ nei

Hvis du svarte ja på forrige spørsmål. Hvor ofte kartlegger du tospråklige barns morsmål?

- ☐ Alltid
☐ Svært ofte
☐ Av og til
☐ Relativt sjeldent
☐ Sporadisk
☐ Aldri
☐ Ikke relevant

På hvilken måte kartlegger du tospråklige barns morsmål?

Velg ett eller flere alternativer

- ☐ Gjennom foreldrenes opplysninger
☐ Gjennom systematisk observasjon
☐ Gjennom tilfeldig observasjon
☐ Bruker oversatte spørreskjemaer
☐ Ved hjelp av tolk
☐ Ved bruk av en tospråklig assistent
☐ Ved bruk av ditt eget morsmål
☐ Ikke relevant

Dersom på noen andre måter, vennligst spesifiser

4. Rådgivning og veiledning

I hvilken grad opplever du at tospråklige foreldre er mer opptatt av sine barns språkutvikling sammenlignet med de enspråklige? *

- ☐ I svært stor grad
- ☐ I betydelig grad
- ☐ I varierende grad
- ☐ I liten grad
- ☐ I svært liten grad
- ☐ Opplever ingen forskjell

Hvor ofte gir tospråklige foreldre uttrykk for at deres barn er forsinket i sin språkutvikling eller har språkvansker? *

- ☐ Alltid
- ☐ Svært ofte
- ☐ Relativt ofte
- ☐ Relativt sjeldent
- ☐ Nesten aldri
- ☐ Aldri

Hvor ofte stemmer dine vurderinger av barnets språkutvikling overens med tospråklige foreldrenes observasjoner? *

- ☐ Alltid
- ☐ Svært ofte
- ☐ Relativt ofte
- ☐ Relativt sjeldent
- ☐ Svært sjeldent
- ☐ Aldri

Hvor ofte merker du at tospråklige foreldre ikke ser at barnet sliter med språket? *

- ☐ Svært ofte
- ☐ Relativt ofte
- ☐ Det varierer
- ☐ Ikke så ofte
- ☐ Sjeldent
- ☐ Nesten aldri
- ☐ Aldri

Hvor ofte må du gjøre foreldre oppmerksomme på dette?

Velg...

Synes du at et tospråklig barn kan i noen tilfeller profitte på at familien velger å snakke norsk med barnet? *

- ☐ ja
- ☐ nei

Hvis du svarer ja på forrige spørsmål, hva kan bli grunn til å la være å snakke morsmålet i hjemmet?

Velg ett eller flere alternativer

- ☐ Familiens språklige og kulturell bakgrunn
- ☐ Familiens lave sosiale status
- ☐ En sammensatt familiesituasjon
- ☐ At barnet har det vanskelig med å uttrykke seg
- ☐ At barnet har problemer med forståelse
- ☐ At barnet har generelle utviklingshemninger
- ☐ At barnet har andre helse relaterte problemer
- ☐ At barnet har svak syn og/eller hørsel
- ☐ Ikke relevant

Hva synes du om følgende utsagn? *

Tospråklighet fører til at barnet blir forsinket i sin språkutvikling.

Velg...

Tospråklighet er et ekstra belastning for barnets hjerne.

Velg...

Foreldrene må alltid snakke med barnet på språket de selv behersker best.

Velg...

At et tospråklig barn er forsinket i sin språkutvikling er ingen grunn til å begrense morsmålsbruken i hjemmet.

Velg...

Foreldrene må sørge for at barnet blir eksponert for både morsmål og norsk så mye som mulig.

Velg...

Tospråklige foreldre må ikke bekymre seg for barnets språkutvikling for tidlig.

Velg...

Når barnet viser tegn på språkvansker er det gunstig å begrense morsmålsbruken i hjemmet og snakke med barnet på norsk i stedet.

Velg...

Språkutviklingen hos en- og tospråklige barn foregår på lik måte.

Velg...

Kan du vennligst gi noen eksempler på hvilke råd du vil gi til tospråklige foreldre om hvordan de kan forholde seg til barn som er forsinket i sin språkutvikling eller viser tegn på språkvansker *

5. Kunnskapsutveksling og tverrfaglig samarbeid

I hvilken grad opplever du at kunnskapene du har om tospråklighet, normal språkutvikling og språkvansker er tilstrekkelig til å kunne gi informasjon, veiledning og råd til foreldre? *

- ☐ I svært stor grad
- ☐ I betydelig grad
- ☐ I varierende grad
- ☐ I liten grad
- ☐ I svært liten grad

I hvilken grad opplever du at det er din oppgave som helsesøster å informere, gi råd og veiledning til tospråklige familier om språkutvikling og språkvansker hos deres barn? *

- ☐ I svært stor grad
- ☐ I betydelig grad
- ☐ I varierende grad
- ☐ I liten grad
- ☐ I svært liten grad

Hvis du ikke eller i svært liten grad opplever at det er din oppgave, hvem sin oppgave mener du det er.

Vennligst spesifiser

I hvilken grad opplever du at du har behov for mer kunnskap om tospråklig utvikling i

sammenligning med enspråklige. *

- ☐ I svært stor grad
- ☐ I betydelig grad
- ☐ I varierende grad
- ☐ I liten grad
- ☐ I svært liten grad

Hvordan vurderer du din kunnskap om tospråklighet generelt?

- ☐ omfattende
- ☐ Svært god
- ☐ God
- ☐ Tilfredstillende
- ☐ Ikke godt nok
- ☐ Dårlig

Har du selv noen gang fått råd eller veiledning knyttet til tospråklighet? *

I jobbsammenheng og generelt

- ☐ ja
- ☐ nei

Hvis ja, kan du vennligst oppgi av hvem.

Velg ett eller flere alternativer

- ☐ PPT
- ☐ Logoped
- ☐ En mer erfaren kollega
- ☐ Kompetansesenter
- ☐ Ikke relevant

Dersom annet, vennligst spesifiser

Hvilke instanser/fagpersoner har du behov for å samarbeide med om språkvansker hos tospråklige barn? *

Velg ett eller flere alternativer

- ☐ PPT
- ☐ Kompetansesenter
- ☐ Logoped
- ☐ Lege
- ☐ Psykolog
- ☐ Barnehage
- ☐ Ikke relevant

Dersom annet, vennligst spesifiser

Har du noen gang deltatt i et prosjekt eller et spesielt tiltak knyttet til tospråklighet? *

- ☐ ja
- ☐ nei

Har du/din helsestasjon

- Brosjyre eller annet informasjonsmateriell om tospråklighet til foreldre?

- ☐ ja
- ☐ nei

- Annen litteratur omkring temaet?

- ☐ ja
- ☐ nei

Kommentarer til undersøkelsen skrives i dette feltet

Tusen takk for hjelpen!

Vedlegg 2: Informasjonsbrev

Forespørsel om deltakelse i spørreundersøkelse

Mitt navn er Maria Finsaas og jeg studerer logopedi ved Institutt for Spesialpedagogikk (ISP) ved Universitetet i Oslo. For tiden holder jeg på med min masteroppgave som dreier seg om helsestasjoners arbeid med tospråklige familier. I den forbindelse ønsker jeg å kartlegge helsesøstres erfaringer som rådgivere til tospråklige familier der barna viser tegn på språkvansker. For å finne ut mer om dette ønsker jeg å gjennomføre en spørreundersøkelse blant helsesøstre på helsestasjoner i deres kommune.

Kommunikasjon med foreldre rundt temaene tospråklighet og språkvansker foregår stadig oftere ettersom andel flerspråklige i befolkningen øker. Helsestasjoner har en unik mulighet for å oppdage språkvansker hos barn tidlig nok, gi råd og veiledning og følge opp de barna og familier som trenger det. Jeg setter i fokus helsesøstres erfaringer med råd og veiledning til tospråklige familier der barna viser tegn på språkvansker. For meg er det særlig interessant å få tak i deres tanker, erfaringer og kommentarer rundt den type veiledning.

Jeg håper dere har mulighet til være med på undersøkelsen min. Jeg bruker et elektronisk spørreskjema og det tar om lag 15 minutt å fylle ut. Jeg vil være svært takknemlig om dere kan sette av denne tiden.

Prosedyren for forskning er fulgt og prosjektet er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) i overensstemmelse med norsk personvernlovgivning. Alle personlige opplysninger slettes og alt datamaterialet anonymiseres innen senest 31.mai 2013. Det vil ikke bli brukt noen opplysninger i masteroppgaven som kan føres tilbake til enkeltpersoner eller helsestasjoner. Jeg har selvfølgelig taushetsplikt, og vil behandle alle data konfidensielt. Jeg gjør samtidig oppmerksom på at det er frivillig å delta i undersøkelsen og at man kan trekke seg uten å oppgi grunn.

Jeg har satt en svarfrist til 10.mars 2013.

Er det noe dere lurer på, er det bare å ta kontakt med meg på tlf. 48255966 eller pr. e-post: maria.finsaas@gmail.com.

Dere kan også ta kontakt med min veileder Lage Jonsborg ved Institutt for Spesialpedagogikk, UiO på tlf. 22858147

Tusen takk for hjelpen!

Vennlig hilsen,

Maria Finsaas

Vedlegg 3: Invitasjon

Du er invitert til å svare på ”Spørreskjema til helsesøstre vedrørende veiledning av tospråklige familier til barn med språkvansker”

Dette skjemaet finner du på: <https://nettskjema.uio.no/answer/53176.html>

Målet ved denne spørreundersøkelsen er å kartlegge helsesøstres erfaringer med råd og veiledning til tospråklige familier der barna viser tegn på språkvansker.

Mitt navn er Maria Finsaas og jeg studerer logopedi ved Institutt for Spesialpedagogikk (ISP) ved Universitetet i Oslo. For tiden holder jeg på med min masteroppgave. I den forbindelse ønsker jeg å kartlegge helsesøstres erfaringer som rådgivere til tospråklige familier der barna viser tegn på språkvansker. For å finne ut mer om dette ønsker jeg å gjennomføre en spørreundersøkelse blant helsesøstre på helsestasjoner i flere kommuner.

For å kunne gjennomføre denne undersøkelsen har jeg kontaktet ledende helsesøster i din kommune/bydel og bedt om å formidle spørreskjemaet videre. Det er ingen kunnskapsmåling, det er dine tanker, erfaringer og kommentarer jeg er interessert i. Undersøkelsen min består av et elektronisk spørreskjema som vil ta deg om lag 15 minutt å svare på. Jeg vil være svært takknemlig om du kan sette av denne tiden.

Prosjektet er meldt til og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) i overensstemmelse med norsk personvernlovgivning. Alt datamaterialet anonymiseres innen forventet prosjektslutt 31.mai 2013. Det vil ikke bli brukt noen opplysninger i masteroppgaven som kan føres tilbake til enkeltpersoner eller helsestasjoner. Jeg har selvfølgelig taushetsplikt. Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og man kan trekke seg når som helst uten å oppgi grunn. Svarfristen er 20.mars 2013.

Dersom du har spørsmål knyttet til undersøkelsen, ta gjerne kontakt med meg eller veilederen min ved Universitetet i Oslo.

Vennlig hilsen

Maria Finsaas tlf. 48255966 e-post: marifin@student.uv.uio.no

Veileder: Lage Jonsborg tlf. 22858147 e-post: lage.jonsborg@isp.uio.no

Vedlegg 4: Purring

Jeg ønsker å takke alle som har svart på ”Spørreskjema til helsesøstre vedrørende veiledning av tospråklige familier til barn med språkvansker”

Dersom du ønsker å svare på undersøkelsen , men ikke har fått gjort det ennå, er det åpent fram til 10.april 2013.

Adressen til skjemaet er <http://nettskjema.uio.no/answer/53176.html>

Målet ved denne spørreundersøkelsen er å kartlegge helsesøstres erfaringer med råd og veiledning til tospråklige familier der barna viser tegn på språkvansker.

Mitt navn er Maria Finsaas og jeg studerer logopedi ved Institutt for Spesialpedagogikk (ISP) ved Universitetet i Oslo. I forbindelse med min masteroppgave ønsker jeg å kartlegge helsesøstres erfaringer som rådgivere til tospråklige familier der barna viser tegn på språkvansker. For å finne ut mer om dette ønsker jeg å gjennomføre en spørreundersøkelse blant helsesøstre på helsestasjoner i flere kommuner. Undersøkelsen min består av et elektronisk spørreskjema som vil ta deg 10-15 minutt å svare på. Jeg vil være svært takknemlig om du kan sette av denne tiden.

For å kunne gjennomføre denne undersøkelsen har jeg kontaktet lederen i Landsgruppen av helsesøstre i Norsk Sykepleierforening og bedt om å formidle spørreskjemaet til lokale ledere, og videre til helsesøstre. Det er ingen kunnskapsmåling, det er dine tanker, erfaringer og kommentarer jeg er interessert i.

Prosjektet er meldt til og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) i overensstemmelse med norsk personvernlovgivning. Alt datamaterialet anonymiseres innen forventet prosjektslutt 31.mai 2013. Det vil ikke bli brukt noen opplysninger i masteroppgaven som kan føres tilbake til enkeltpersoner eller helsestasjoner. Jeg har selvfølgelig taushetsplikt. Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og man kan trekke seg når som helst uten å oppgi grunn. Svarfristen er 10.april 2013.

Dersom du har spørsmål knyttet til undersøkelsen, ta gjerne kontakt med meg eller veilederen min ved Universitetet i Oslo.

Vennlig hilsen

Maria Finsaas tlf. 48255966 e-post: marifin@student.uv.uio.no

Veileder: Lage Jonsborg tlf. 22858147 e-post: lage.jonsborg@isp.uio.no

Vedlegg 5: Brev fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Lage Jonsborg
Institutt for spesialpedagogikk
Universitetet i Oslo
Postboks 1140 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 08.02.2013

Vår ref:32820 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.01.2013. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 23.02.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

32820

*Ett eller to? Helsestasjonens arbeid med tospråklige familier til barn med språkvansker.
Undersøkelse av nåværende praksis*

*Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student*

*Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Lage Jonsborg
Maria Finsaas*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

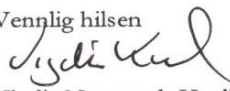
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marte Sivertsen

Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Maria Finsaas, Blakstadlia 25, 1386 ASKER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no